

Granskning - Palliativ Vård

Granskning utförd på uppdrag av revisorerna i Region
Skåne

[Slutgiltig rapport 2019-11-12](#)



Innehållsförteckning

1. Sammanfattning.....	2
2. Inledning	3
3. Syfte, revisionsfrågor och avgränsning.....	4
4. Revisionskriterier.....	4
5. Metod.....	5
6. Resultat av granskningen	7
7. Samlad bedömning och rekommendationer.....	23
Appendix Bilaga 1 – genomförda intervjuer	25
Appendix Bilaga 2 – uppföljningsmått	26

1. Sammanfattning

Sirona har, på uppdrag av revisorerna i Region Skåne, granskat den palliativa vården. Syftet med granskningen är att bedöma om arbetet med den palliativa vården sker på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande mål, beslut och riktlinjer. Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser. Granskningen är inriktad på den specialiserade palliativa vården, enligt överenskommelse med revisorerna och verksamhetsrepresentanter i inledningen av granskningen.

Den samlade bedömningen är att arbetet med den palliativa vården inom Region Skåne sker på ett ändamålsenligt sätt och i enlighet med gällande mål, beslut och riktlinjer. Bland annat har följande iakttagelser och bedömningar gjorts:

- Mål, beslut, riktlinjer och rutiner används på ett ändamålsenligt för att uppnå en god palliativ vård.
- En gemensam strategisk plan för specialiserad palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) i Region Skåne anses av verksamheterna ha bidragit till en jämlik och likriktad palliativ vård.
- Utvecklingen går mot att fler patienter vill vårdas i hemmet men i vissa verksamhetsområden är det brist på ASIH-platser, vilket försämrar tillgängligheten.
- Det är tydligt för verksamheten vilka mål som ska uppnås för smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa och resultatet följs upp regelbundet.
- Specialiserad palliativ vård bedrivs i en samlad organisation där både specialiserad palliativ slutenvård och ASIH ingår.
- Samarbetet mellan ASIH och den palliativa slutenvården fungerar väl då de tillhör samma organisation.
- Hur väl samverkan med kommunerna fungerar varierar från kommun till kommun och avtalet som styr samverkan, hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) bilaga 7¹, anses av parterna inte vara ändamålsenligt för att uppnå en god samverkan.
- Det inkommer få anmälningar av palliativ vård och ASIH till patientnämnden och IVO, jämfört med andra vårdområden, och inkomna klagomål och synpunkter hanteras strukturerat och leder till åtgärder och förbättringar.

Baserat på resultatet av granskningen bedöms följande vara de mest väsentliga rekommendationerna:

- Se över och vid behov uppdatera HS-avtalet bilaga 7 för att skapa förutsättningar för en bättre samverkan mellan kommunerna och den specialiserade palliativa vården.
- Verksamhetscheferna för respektive verksamhetsområde bör ha större mandat att styra fördelningen av resurser mellan specialiserad palliativ slutenvård och ASIH

¹ Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. *Överenskommelse om palliativ vård i Skåne (HS-avtalet bilaga 7)*. 2009-11-27. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/samverkansavtal/overenskommelse-om-palliativ-var-d-i-skane.pdf>.

(inklusive konsult- och punktinsatser) för att vara mer följsam till befolkningens behov av palliativ vård.

- Öka integrationen mellan sjukhusvård, allmän palliativ vård och den specialiserade palliativa vården genom att skapa möjligheter för en gradvis övergång till specialiserad palliativ vård.

2. Inledning

Palliativ vård bedrivs när syftet inte är att bota, utan att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada². Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som enligt WHO:s definition³ syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och närstående genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta samt andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom.

Varje år avlider mellan 90 000 och 100 000 personer i Sverige och cirka 80 % av dessa har behov av olika palliativa vårdinsatser när de befinner sig i livets slutskede⁴. Enligt det Nationella vårdprogrammet för palliativ vård i livets slutskede ska allmän palliativ vård⁵ och omsorg bedrivas inom olika vårdformer och även till exempel inom omsorgsboenden⁶. Allmän palliativ vård skiljs från specialiserad palliativ vård, som ges till patienter med komplex symptombild eller vars livssituation medför särskilda behov. Specialiserad palliativ vård utförs av multiprofessionella team med särskild kompetens inom palliativ vård⁷. I Region Skåne bedrivs specialiserad palliativ vård i form av⁸:

- Slutenvård på palliativa avdelningsplatser
- Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)
- Punktinsatser
- Konsultation
- Öppenvård
- Utbildning och handledning samt forskning inom området

Det har funnits indikationer om att den palliativa vården inte är likvärdig i alla delar av regionen. Med bakgrund av detta vill revisorerna granska den palliativa vården för att bedöma om vården sker på ett ändamålsenligt sätt och i enlighet med gällande mål, beslut och riktlinjer⁹.

² Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens termbank*. 2011. <http://termbank.socialstyrelsen.se> (Hämtad 2019-09-15)

³ WHO definition, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Hämtad 2019-10-10)

⁴ Svenska palliativregistret. <http://palliativregistret.se/> (Hämtad 2019-10-10)

⁵ Basal palliativ vård används ibland synonymt med allmän palliativ vård

⁶ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*. 2016

⁷ Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens termbank*. 2011. <http://termbank.socialstyrelsen.se> (Hämtad 2019-09-15)

⁸ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet: bilaga 3*. 2013.

⁹ Revisorskollegiet. *Revisionsplan för 2018 i Region Skåne*: s. 5–6. 2017-11-22 och *Revisionsplan 2019 för Region Skåne med inriktning för 2020–2021* s. 5. 2019-01-17

3. Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Syfte

Syftet med denna granskning är att bedöma om arbetet med den palliativa vården inom Region Skåne sker på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande mål, beslut och riktlinjer.

Revisionsfrågor

1. Vilka mål, beslut, riktlinjer och rutiner finns inom den palliativa vården inom Region Skåne för att styra mot uppsatta mål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?
2. Hur organiseras den palliativa vården inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs en ändamålsenlig palliativ vård av patienter i livets slutskede?
3. Hur arbetar verksamheterna inom hälso- och sjukvården med att nå uppsatta mål inom palliativ vård avseende parametrarna smärtskattning, smärtlindring, brytpunktsamtal, trycksår och munhälsa?
4. Är tillgången på palliativ vård jämlik inom Region Skåne och hur kommer den palliativa vården alla invånare till del på lika villkor?
5. Hur säkerställs att arbetet med ASIH inom Region Skåne sker på ett ändamålsenligt sätt?
6. Hur fungerar samverkan mellan ASIH och den palliativa slutenvården?
7. Hur utvecklas samverkan mellan den palliativa vården och de skånska kommunerna?
8. Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?

Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser. Granskningen är inriktad på den specialiserade palliativa vården, enligt överenskommelse med revisorerna och verksamhetsrepresentanter i inledningen av granskningen.

4. Revisionskriterier

Följande dokument har varit underlag för revisionskriterier i granskningen:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (regionfullmäktige 2018-12-10-11)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020-2021 (regionfullmäktige 2018-12-10-11)

- Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet (hälso- och sjukvårdsnämnden mars 2013) och med beslut om förlängning av den strategiska planen § 210 (hälso- och sjukvårdsnämnden 2018-12-04)
- Beslut och yttranden av hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och regionstyrelsen
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen 2013)
- Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede (RCC 2016)
- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne 2009-12-01)
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne 2009-11-27)

5. Metod

Granskningen har utförts av Sirona Health Solutions AB under perioden juni 2019 till november 2019. Rapportens faktaavsnitt har varit föremål för granskning från berörda verksamheter. Granskningen har genomförts av Britta Stenson (uppdragsledare), Bo Lindblom (medicinsk expert), Sofia Lejon (senior konsult) och Erik Hedström (konsult). Kontaktpersoner från Region Skånes revisorer har varit Inger Åbonde, förtroendevald revisor och kontaktpersoner från Region Skånes revisionskontor har varit George Smidlund, revisionsdirektör och Åsa Nilsson, projektledare och certifierad kommunal revisor.

Beskrivning av metod

Revisionen har genomförts med en metod baserad på tre steg för att undersöka strukturella förutsättningar, hur processerna är utformade och vilket resultat som uppnås för områdena inom respektive revisionsfråga:

- Dokumentstudier av relevanta dokument, både interna och externa.
- Semistrukturerade intervjuer för att granska kännedom och efterlevnad av styrdokument, rutiner, riktlinjer och så vidare. Totalt har 38 nyckelpersoner intervjuats (för mer information om intervjuobjekt se Appendix – bilaga 1).
- Jämförande analys mellan dokument och intervjuresultat har genomförts, för att granska och sammanställa överensstämmelse/diskrepans.

I tillägg till ovanstående metod har kvantitativa analyser genomförts för att undersöka om tillgången till palliativ vård är jämlik i Region Skåne samt om den vård som bedrivs lever upp till uppsatta kvalitetsmål. Data har hämtats från Svenska palliativregistret och från Region Skånes verksamheter.

Styrdokument, riktlinjer och beslut som har använts i granskningen

Utöver revisionskriterierna har följande styrdokument, riktlinjer och beslut varit underlag för granskningen:

- Revisionsplan för 2018 i Region Skåne (revisorskollegiet 2017-11-22)

- Revisionsplan 2019 för Region Skåne med inriktning för 2020–2021 (revisorskollegiet 2019-01-17)
- Nationell vårdplan (Palliativt Utvecklingscentrum, *palliativtutvecklingscentrum.se*)
- IPOS (Palliative care Outcome Scale, *pos-pal.org*)
- Anvisning för inskrivning av barn till ASIH (Region Skåne, giltig från 2018-10-01 till 2019-10-01)
- Anvisning för punktinsatser för barn utförda av ASIH i Region Skåne (Region Skåne, giltig från 2018-10-01 till 2019-10-01)
- Enhetsspecifika mål och riktlinjer

6. Resultat av granskningen

Revisionsfråga 1

lakttagelser av revisionsfråga 1: Vilka mål, beslut, riktlinjer och rutiner finns inom den palliativa vården inom Region Skåne för att styra mot uppsatta mål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne fastställde år 2013 en strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Planen har sedan dess varit styrande för den specialiserade palliativa vårdens uppdrag. I dokumentet återfinns ett antal övergripande mål för den specialiserade palliativa vården och ASIH:

Övergripande mål¹⁰:

- Tillgång till specialiserad palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) ska successivt utvecklas för att vara jämlik för alla invånare, med sådant behov, oavsett patientens ålder och diagnos.
- Antalet vårdplatser i slutenvård/hospice och ASIH ska vid planperiodens slut som lägst motsvara riksgenomsnittet för dessa vårdformer.
- Patienter ska vårdas på rätt vårdnivå i samverkan mellan den av Region Skåne finansierade hälso- och sjukvården och kommunalt finansierad vård och omsorg.
- Specialiserad palliativ vård ska vara ASIH-verksamhetens huvudsakliga uppgift.
- Särskilda slutenvårdsplatser, ofta benämnda hospice, ska finnas tillgängliga för patienter med behov av inläggande specialiserad palliativ vård oavsett patientens ålder och diagnos.
- Vårdformen ASIH ska, förutom specialiserad palliativ vård, ha kompetens att utföra punktinsatser av såväl kurativ som palliativ karaktär samt konsultativa bedömningar av patienter inom andra vårdformer än ASIH.
- Den palliativa vården ska kvalitetssäkras genom fortlöpande utbildning av personal till rätt kompetensnivå, genom tillämpning av relevanta vårdprogram och riktlinjer, samt utvecklas med hjälp av indikatorer, kvalitetsregister och forskning.

I den strategiska planen finns även ett kvalitetsperspektiv och de krav som finns på medarbetare gällande utbildning och kompetens. Planen beskriver förväntade effekter och vilka parametrar hälso- och sjukvårdsnämnden använder för att följa upp effekterna. Den strategiska planen var planerad att gälla fram till 2018-12-31 men förlängdes till 2019-12-31. Hälso- och sjukvårdsdirektören har i uppdrag att ta fram en ny strategisk plan för framtidens hälsosystem för åren 2020–2025¹¹. I Region Skånes budget och verksamhetsplan för 2019 anges att strategiskt arbete med specialiserad palliativ vård ska ingå i utvecklingen av framtidens hälsosystem¹².

¹⁰ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 2–3. 2013.

¹¹ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. § 210 Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet. Diarienummer 1400335. 2018

¹² Regionfullmäktige. *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020-2021*. 2018-12-10 – 2018-12-11

Hälso- och sjukvårdsnämnden formulerade år 2018 ett antal utvecklingsmål för palliativ vård i Region Skåne. Till utvecklingsmålen hör att öka tillgängligheten inom specialiserad palliativ vård genom att bland annat öppna slutenvårdsplatserna i Trelleborg och att utveckla ASIH eftersom allt fler invånare önskar att vårdas i hemmet¹³. Beslutet om att öppna de palliativa slutenvårdsplatserna i Trelleborg togs våren 2016 av hälso- och sjukvårdsnämnden¹⁴, men platserna har ännu inte öppnats, enligt uppgift på grund av svårigheter att bemanna verksamheten på ett adekvat sätt.

Nationella mål och riktlinjer att förhålla sig till återfinns i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård vid livets slutskede och det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. I det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård vid livets slutskede finns vägledning, rekommendationer och indikatorer samt termer och definitioner som stöd för det regionala arbetet¹⁵. Syftet med det nationella vårdprogrammet för palliativ vård är att stärka den palliativa vården genom att lyfta patienters och närståendes behov¹⁶. I tillägg till dessa nationella dokument har palliativt utvecklingscentrum tagit fram en nationell vårdplan för palliativ vård. Den palliativa vårdplanen syftar till att kvalitetssäkra den palliativa vården genom att utgöra ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov¹⁷. För att bedöma palliativa behov finns skattningsinstrumentet IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale) som innehåller tio frågor till patienter som bland annat behandlar vanligt förekommande problem, symptom och orosmoment¹⁸.

Den strategiska planen är välkänd inom samtliga enheter inom den specialiserade palliativa vården. Även det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård vid livets slutskede och den nationella vårdplanen för palliativ vård i livets slutskede är välkända. Den strategiska planen anses ha bidragit till att skapa en mer jämlik palliativ vård i Region Skåne. Den bedöms av verksamheterna vara på en nivå som är tillräckligt öppen för att ge utrymme för lokala anpassningar, samtidigt som den tydligt pekar på hur vården ska bedrivas för att uppnå en likriktad vård inom regionen.

På grund av att en ny strategisk plan dröjde, initierade de tre verksamhetscheferna ett eget arbete för att likrikta den palliativa vården. Verksamhetschefernas strategiarbete inkluderas i Målbild 2022 som ska bidra till ett tydligare fokus på likriktning och jämlikhet samt förtydliga den specialiserade palliativa vårdens uppdrag. Gränsdragningen mellan vad som är allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård är ibland svår och har behov av att förtydligas. Målbild 2022 kommer att ligga till grund för den nya strategiska planen för Palliativ vård och ASIH som ska gälla för år 2020–2025.

Enheter har kommit olika långt med att implementera Nationell Vårdplan (NVP) och IPOS men planen är att samtliga enheter ska implementera NVP. Även vissa kommuner och sjukhus har implementerat NVP med stöd av ASIH. Korta vårdtider för patienter inom specialiserad palliativ vård gör att vårdplanen i många fall inte kan genomföras från början.

¹³ Hälso- och sjukvårdsnämnden. *Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande utifrån regionstyrelsens planeringsdirektiv med preliminär budgetram inför beslut om verksamhetsplan och budget 2019-21*, s. 13-14. 2018-09-21.

¹⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden. § 138 Initiativärende. *Öppna den palliativa slutenvården i Trelleborg*. Diarienummer 1601664. 2016-05-27

¹⁵ Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. 2013.

¹⁶ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*. 2016

¹⁷ Palliativt utvecklingscentrum. *Nationell vårdplan*.

<https://palliativtutvecklingscentrum.se/utveckling/vardutveckling/nationell-vardplan-nvp/> (Hämtad 2019-10-01)

¹⁸ Palliativt utvecklingscentrum. IPOS. <http://palliativtutvecklingscentrum.se/ipos/> (Hämtad 2019-10-01)

Verksamhetsrepresentanter anser att lokala mål och riktlinjer inte krockar med de nationella och Skånegemensamma målen. Dock anses de gemensamma målen vara generella och övergripande och enheterna har på grund av detta formulerat egna mål på en mer detaljerad nivå. Arbetet med uppföljning av målen beskrivs närmare under revisionsfråga 2 och revisionsfråga 4.

Sironas bedömning

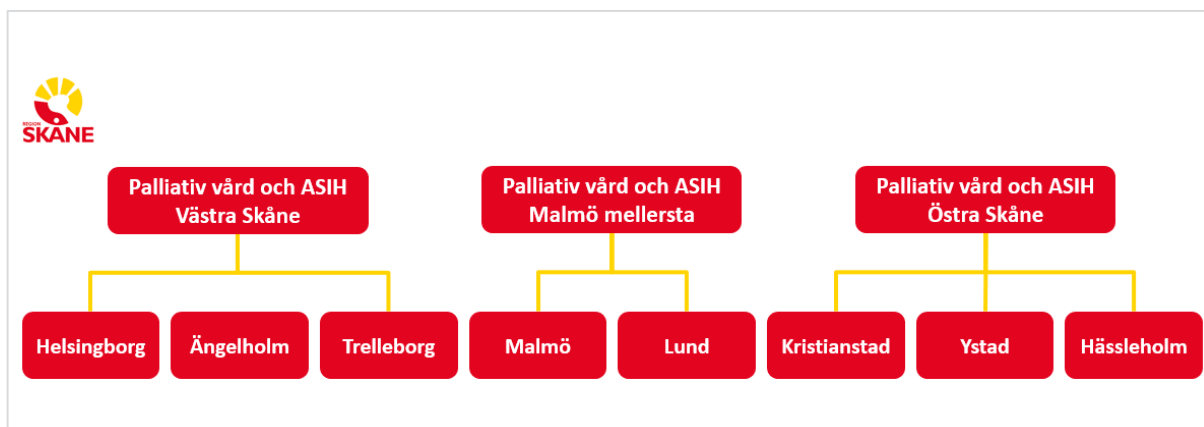
Mål, beslut och riktlinjer används på ett ändamålsenligt sätt för att uppnå en god palliativ vård. Verksamheterna känner till de nationellt och regionalt beslutade målen och riktlinjerna. När dessa inte är på en tillräckligt detaljerad nivå tas enhetsspecifika mål och riktlinjer fram, som överensstämmer med de övergripande målen.

Revisionsfråga 2

Iakttagelser av revisionsfråga 2: Hur organiseras den palliativa vården inom Region Skåne och hur säkerställs att det bedrivs en ändamålsenlig palliativ vård av patienter i livets slutskede?

Den palliativa vårdens organisation i Region Skåne

Den specialiserade palliativa vården bedrivs i en samlad organisation inom primärvården som både ASIH och den palliativa slutenvården tillhör. Till organisationen för palliativ vård hör även Palliativt Utvecklingscentrum som bedrivs i samverkan mellan Lunds universitet och Region Skåne. Palliativt Utvecklingscentrum har som uppdrag att bedriva forskning, utbildning och utveckling av den allmänna och specialiserade palliativa vården.



Figur 1 - Den specialiserade palliativa vårdens organisation i Region Skåne

Organisationen styrs på olika sätt av primärvårdsnämnden respektive hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessutom utövas styrning av regionstyrelsen, som har uppsikt över samtliga nämnder¹⁹. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar bland annat för den övergripande utvecklingen av hälso- och sjukvården och för att bedöma befolkningens behov av hälso- och sjukvård i Region Skåne²⁰. Primärvårdsnämnden är driftledningsansvarig och ansvarar för att följa upp att den palliativa vården bedrivs i enlighet med fattade beslut, mål och riktlinjer. Primärvårdsnämnden fastställer verksamhetsplan och budget och har mandat att besluta om förändringar i utbud och struktur inom och mellan primärvårdens verksamheter²¹.

¹⁹ RF. Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. 2 §. 2018-12-10--11

²⁰ RF. Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. 8 § 2018-12-10--11

²¹ RF. Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. 12 § 2018-12-10--11

Sjukhusstyrelserna ansvarar för uppföljning av den allmänna palliativa vården som bedrivs på sjukhus.

Primärvårdsnämnden är ny sedan årsskiftet 2018/2019 och omorganisationen innebär också att sjukhusen fick nya sjukhusstyrelser. I Region Skåne finns totalt åtta sjukhusstyrelser (SUS, Landskrona, Helsingborg, Ängelholm, Kristianstad, Hässleholm, Ystad och Trelleborg). Dessa styrelser är driftledningsstyrelser för den somatiska vården som bedrivs på sjukhus. Till detta uppdrag hör bland annat att ta fram budget och en verksamhetsplan samt att säkerställa ett effektivt och ändamålsenligt resurssanvändande²².

Varje verksamhetschef inom den specialiserade palliativa vården är överordnad chef över två till fyra enheter som vardera leds av enhetschefer för ASIH samt enhetschefer för den palliativa slutenvårdsavdelningen, där detta finns. Tre enheter saknar egna slutenvårdsplatser för palliativ vård och dessa får tillgång till slutenvårdsplatser genom samarbete med en närliggande enhet som har slutenvårdsplatser, se tabell 1 nedan. Enheternas upptagningsområde täcker en till åtta kommuner, och således har varje kommun samverkan med en utsedd enhet:

Tabell 1 - enheter inom den specialiserade palliativa vården i Region Skåne

Enhet (antal enhetschefer)	Antal kommuner	Antal ASIH-platser	Antal slutenvårdsplatser (hänvisas i första hand till)
Helsingborg (2)	4	49	10
Hässleholm (1)	3	28	0 (Kristianstad)
Kristianstad (2)	3	29	11
Lund (2)	8	50	16
Malmö (2)	1	50	20
Trelleborg (1)	3	15	0 (Malmö)
Ystad (1) *	5	25	8
Ängelholm (1)	6	42	0 (Helsingborg)

*Ystad har en tillförordnad enhetschef fram till januari 2020

Primärvårdsnämnden följer upp produktion, beläggning och det ekonomiska läget för den specialiserade palliativa vården vid varje nämndsmöte. Verksamhetscheferna följer upp resultat från palliativregistret månatligen samt följer upp kvalitativa och kvantitativa mål (produktionsmått) satta av divisionschefen med sina enhetschefer. Verksamhetscheferna har strategiska möten, tillsammans med primärvårdschefen och tillhörande stab, två till tre gånger per halvår för att säkerställa att den palliativa vården hålls samman inom Skåne. Verksamhetscheferna har även gemensamma arbetsmöten varje vecka. Enhetscheferna i Region Skåne träffas två gånger per halvår med syftet att likrikta och hålla samman den palliativa vården inom regionen. Det finns gemensamma riktlinjer från primärvårdsnämnden att 5 % av den schemalagda tiden ska gå till utbildning och kompetensutveckling. Detta omsätts

²² RF. Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. 11 § 2018-12-10--11

i verksamheterna i form av individuella planer för vidareutbildning, dessutom samarbetar verksamheterna med Palliativt Utvecklingscentrum kring utbildning.

Omorganisationen med en primärvårdsförvaltning anses ha bidragit till en närmare politisk styrning med större möjlighet att påverka och göra skillnad. Verksamhetsföreträdare anser att det är positivt att specialiserad palliativ vård och ASIH ligger under samma organisation och tillhör samma ledningsgrupper som vårdcentralchefer, eftersom det underlättar möjligheten till samverkan.

Företrädare från samtliga verksamhetsområden nämner att det är svårt att rekrytera läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens inom palliativ vård vilket gör organisationen sårbar. De uttrycker även en del oro för vad detta innebär för framtiden. Företrädare för palliativa slutenvårdsenheten i Malmö anser att deras lokaler inte är helt ändamålsenliga, och exempelvis saknas syrgasanslutning och reservström. Detta saknas, enligt verksamhetsrepresentanter, även på fler palliativa slutenvårdsenheter i Region Skåne.

Hur en ändamålsenlig palliativ vård säkerställs

Enligt det Nationella kunskapsstödet utgår en god palliativ vård från fyra hörnstenar²³:

- Symtomlindring
- Multiprofessionellt samarbete
- Kommunikation och relation
- Stöd till närstående

Eftersom det ofta är flera olika aktörer som deltar i vården av en palliativ patient är det viktigt att regionen, kommunen och socialtjänsten är samordnande och har en gemensam syn på den palliativa processen. Vid livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses som ansvarar för samordning och planering²⁴. För att säkerställa en ändamålsenlig palliativ vård bör även hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda fortbildning och handledning av medarbetare som arbetar med patienter i livets slutskede²⁵.

Specialiserad palliativ vård utförs av multiprofessionella team med kompetens inom specialiserad palliativ vård och ges till patienter med komplexa symptom och behov, där den allmänna palliativa vården inte är tillräcklig. Allmän palliativ vård bedrivs inom samtliga verksamheter med palliativa patienter av läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal med basal kunskap om palliativ vård²⁶.

I Region Skåne bedrivs specialiserad palliativ vård i form av slutenvård, öppenvård och ASIH. Slutenvården utför specialiserad palliativ vård dygnet runt vid palliativa slutenvårdsavdelningar. ASIH utför specialiserad palliativ vård dygnet runt utanför sjukhuset samt öppenvårdsinsatser och punktinsatser där en annan vårdgivare är fast vårdkontakt. En tydlig utveckling är att ASIH i ökande grad utför konsultation åt den allmänna palliativa vården på sjukhus och åt den

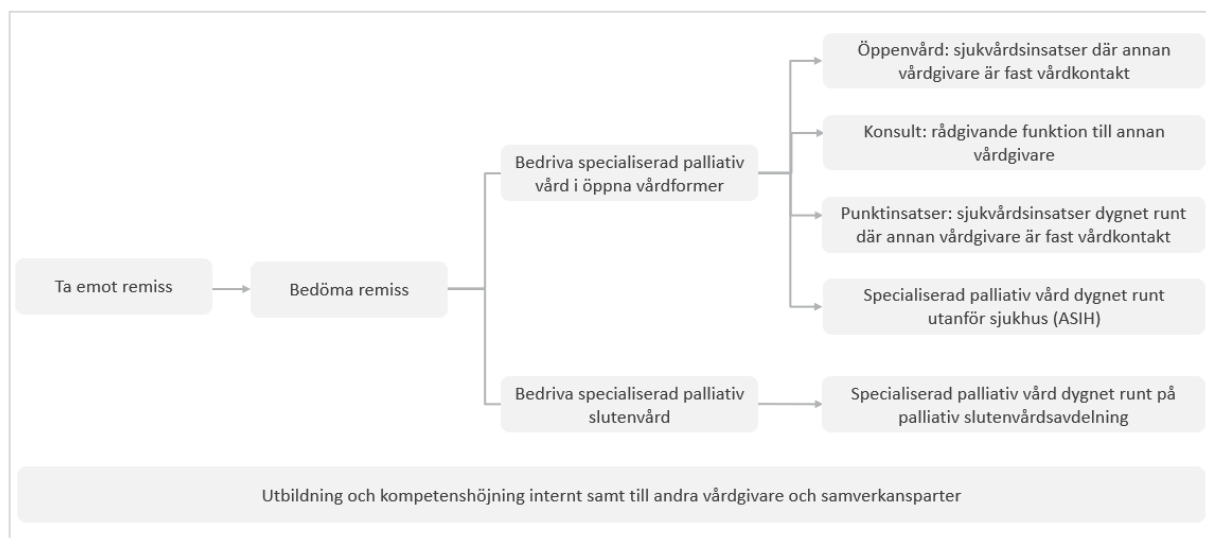
²³ Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*: s. 17. 2013.

²⁴ Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*: s. 8. 2013.

²⁵ Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7)*: kap 2. 1 §

²⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 5. 2013.

kommunala vården. Den specialiserade palliativa vården ansvarar även för att utbilda och höja kompetensen inom palliativ vård, både internt och hos andra vårdgivare²⁷.



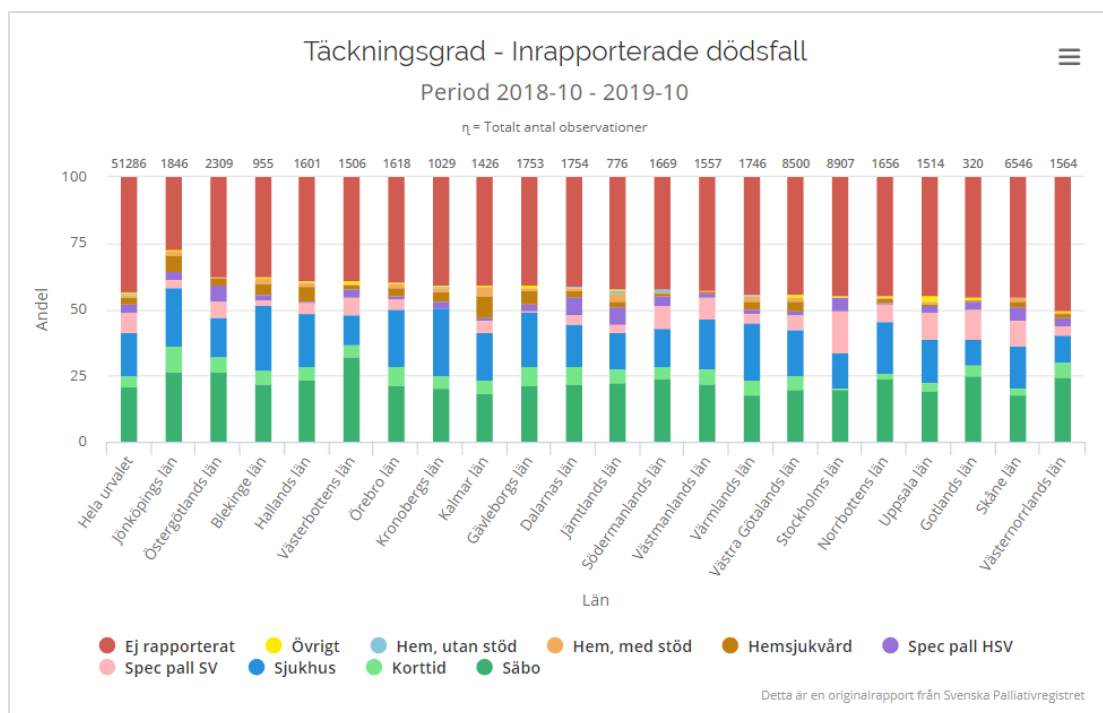
Figur 2 - Den specialiserade palliativa vårdens olika komponenter i Region Skåne

Den specialiserade palliativa vården anses, av politiska organ och verksamhetsrepresentanter, vara ändamålsenlig i Region Skåne och utfallet för Skåne i fråga om kvalitetsindikatorer är nästan identiskt med riksgenomsnittet²⁸. Det ska dock poängteras att detta avser samtliga patienter som registrerats, oavsett vilken vårdform de avlider i (alltså även utanför den specialiserade palliativa vården och ASIH).

Täckningsgraden i Skåne län, det vill säga andel avlidna som registrerats i registret, var 55,3 % den senaste 12-månadsperioden, vilket är lågt i nationell jämförelse (figur 3). Denna siffra gäller samtliga vårdformer och samtliga så kallade dödsplatser.

²⁷ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: bilaga 3. 2013.

²⁸ Svenska palliativregistret. <http://palliativregistret.se/>. (Hämtad 2019-10-10)



Figur 3 - Täckningsgrad Svenska Palliativregistret oktober 2018 - oktober 2019. Skåne län uppvisar den näst lägsta täckningsgraden om samtliga vårdformer inkluderats.

Andelen som avlider inom palliativa enheter (slutenvård och ASIH) utgör en förhållandevis liten del av det totala antalet avlidna i landet – cirka 9 av 10 avlider i andra vårdformer, i regel på sjukhus eller i kommunal vård och omsorg. Skåne uppvisar en högre andel avlidna inom specialiserad palliativ vård än riksgenomsnittet (cirka 14 % mot riksgenomsnittet som är 10 %). Dessa nivåer har varit relativt konstanta över tid. Enligt uppgift från Palliativregistret är det framför allt inom sjukhusvård som andelen registrerade avlidna är låg. Målsättningen för registret är att betydligt fler av dessa patienter ska registreras för att säkerställa att alla förväntade dödsfall omfattas av adekvata palliativa insatser. Tyvärr har dock täckningsgraden minskat under senare år, både i Skåne och landet som helhet.

Inom specialiserad palliativ vård är täckningsgraden i registret nära 100-procentig men som nämnts ovan utgör denna vårdform för Skånes del endast cirka 14 %. Det bör också observeras att andelen som fått specialiserad palliativ vård i realiteten är betydligt större eftersom patienter i kommunala boenden som får konsult- och punktinsatser, registreras av den vårdform där patienten avlider. Detsamma gäller avlidna på sjukhuskliniker. Enligt beräkningar gjorda av Palliativregistret, på basen av enkäter, utgör andelen som fått sådant palliativt konsultstöd cirka 6–7 % i Skåne. Sammantaget torde därmed cirka 20 % av de som avlider i Skåne län vara föremål för någon form av specialiserad palliativ vård.

I intervjuer har en oro uttryckts om att kännedomen om den specialiserade palliativa vården varierar hos övriga verksamheter inom regionen, vilket leder till att patienter skrivs in för sent eller inte alls i den specialiserade palliativa vården. Medarbetare inom den specialiserade palliativa vården upplever att de inte kan tillgodose patienters behov av god palliativ vård när vårdtiden blir för kort. De önskar en sömlös övergång till den specialiserade palliativa vården för att säkerställa en mer integrerad vårdkedja.

Sironas bedömning

Region Skåne säkerställer att den specialiserade palliativa vården i allt väsentligt bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Med hänsyn till utvecklingstendenserna inom området (framfört allt det ökade behovet av ASIH) finns det dock behov av att fördela befintliga resurser på ett mer flexibelt sätt utifrån behov.

Revisionsfråga 3

lakttagelser av revisionsfråga 3: Hur arbetar verksamheterna inom hälso- och sjukvården med att nå uppsatta mål inom palliativ vård avseende parametrarna smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa?

Mål och riktlinjer för smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa finns i Region Skånes strategiska plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet, det nationella kunskapsstödet för palliativ vård, det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och palliativregistret. Resultatet av dessa parametrar rapporteras in manuellt till palliativregistret. I tillägg till de övergripande målen för parametrarna har även varje enhet måldokument för smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa.

Smärtskattning ska göras systematiskt och patientens subjektiva smärtupplevelse ska dokumenteras. Smärtbehandling ska ses utifrån ett helhetsperspektiv och utöver fysisk smärta även innefatta psykisk hälsa, social problematik och existentiella frågeställningar. För att uppnå en god smärt- och symptomlindring på rätt vårdnivå är det viktigt att identifiera var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig²⁹.

Ett brytpunktssamtal ska genomföras, oavsett sjukdomstyp, då vårdens övergripande mål går från att vara livsförlängande till lindrande. Innan brytpunktssamtalet ska en helhetsbedömning utföras av en läkare av patientens prognos, allmäntillstånd, förväntningar, inställning och livskvalitet. För att underlätta för brytpunktssamtalet ska en kontinuerlig dialog ha förts med patient och närstående om vårdens innehåll, riktning och målsättning³⁰.

För att undvika trycksår ska riskerna för att utveckla trycksår kontinuerligt bedömas och vården ska planeras så att trycksår undviks. Patientens munhälsa ska också bedömas kontinuerligt för att säkerställa en god munhälsa³¹.

Den specialiserade palliativa vården önskar att rapportering till palliativregistret görs för samtliga palliativa patienter, även de som vårdas palliativt av kommunen. Graden av inrapportering varierar dock hos kommunerna, vilket även stämmer överens med kommunernas egen bild av att inrapportering till palliativregistret varierar. Vissa kommuner anser att målen är tydliga och att deras inrapportering fungerar bra medan andra anser att inrapporteringen är bristfällig och eller har försämrats.

Resultatet av smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa skickas kvartalsvis till politiska organ av verksamhetscheferna. Verksamhetscheferna följer upp parametrarna månadsvis och när målen inte uppnås tas handlingsplaner fram. Enhetscheferna

²⁹ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*: kap. 21. 2016.

³⁰ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*: kap. 7. 2016

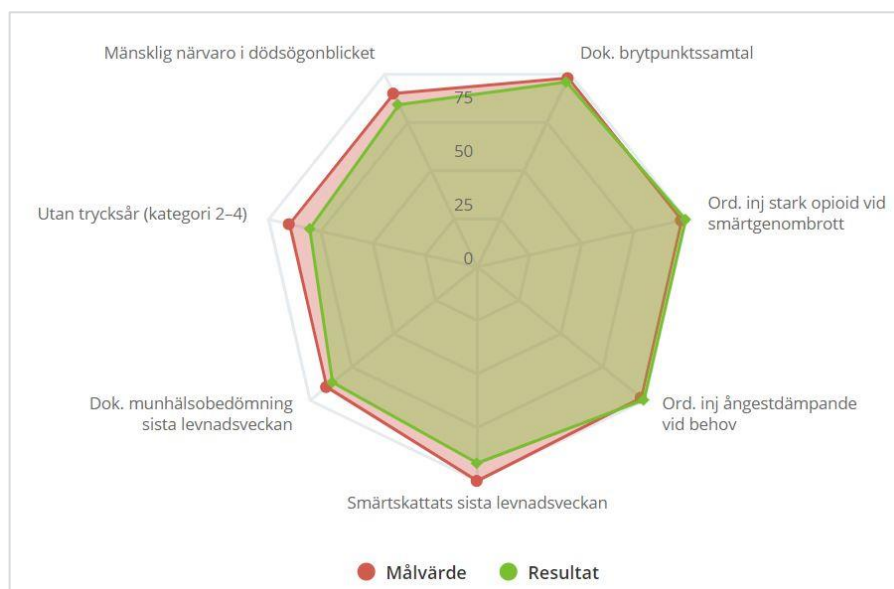
³¹ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*: kap. 14.10.1. 2016

följer också upp resultaten av parametrarna och sätter upp egna mål baserat på vilket resultat de uppnår.

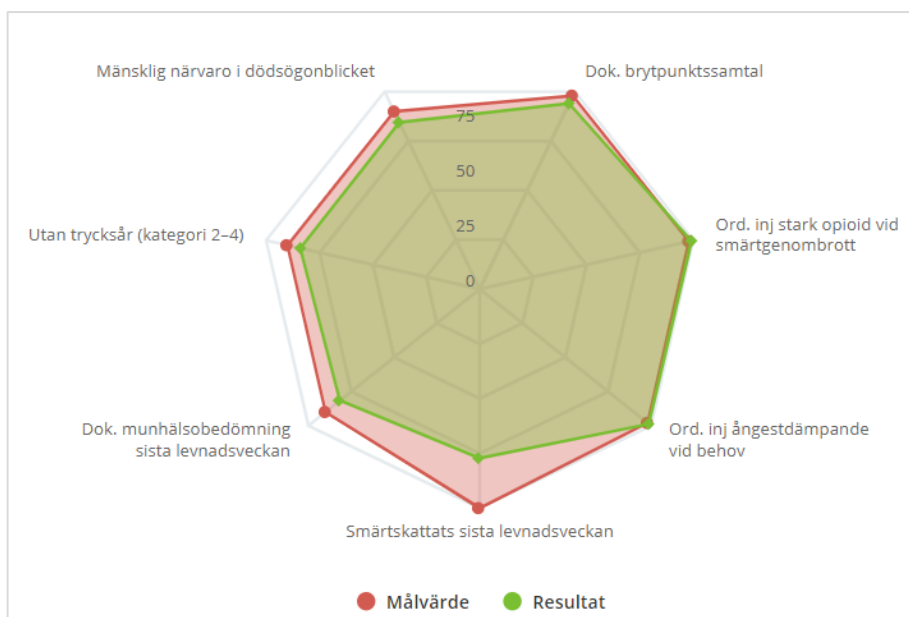
Överlag anses målen för brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa vara svårast att leva upp till. Kvaliteten på brytpunktssamtalen varierar mellan sjukhusen och primärvården. Sjukhusstyrelse SUS har lyft att brytpunktssamtalens rutiner behöver ses över och denna fråga har även tagits upp i hälso- och sjukvårdsnämnden. Ibland har patienter trycksår redan när de skrivs in i den specialiserade palliativa vården och i vissa fall hinns inte munhälsobedömning med för att patienten är inskriven i den specialiserade palliativa vården under en för kort tid.

Genomgående anser verksamheterna att det är tydligt vilka mål som ska uppnås för smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa och eftersom palliativregistret efterfrågar resultat för dessa parametrar skapas en ökad medvetenhet om vad som är en god palliativ vård.

För patienter som avlider inom specialiserad palliativ vård är Skånes resultat för kvalitetsindikatorer i vissa avseenden bättre än riksgenomsnittet (Figur 4 och 5). Skåne uppvisar högre siffror för både munhälsobedömning och smärtskattning sista levnadsveckan.



Figur 4 - Måluppfyllelse för specialiserad palliativ vård i Skåne län för de sju kvalitetsindikatorer som rekommenderas av Socialstyrelsen. Avser den senaste 12 månadsperioden, oktober 2018 till oktober 2019.



Figur 5 - Målpuppfyllelse för specialiserad palliativ vård i landet som helhet för de sju kvalitetsindikatorer som rekommenderas av Socialstyrelsen. Avser den senaste 12 månadsperioden, oktober 2018 till oktober 2019.

Sironas bedömning

Den specialiserade palliativa vården arbetar på ett adekvat sätt med att nå uppsatta mål inom palliativ vård avseende parametrarna smärtskattning, smärtlindring, brytpunktssamtal, trycksår och munhälsa. Inom den allmänna palliativa är resultaten svårbedömda, framför allt på grund av bristande tillgång på uppföljningsdata (särskilt till följd av sjukhusvårdens låga täckningsgrad i palliativregistret).

Revisionsfråga 4

lakttagelser av revisionsfråga 4: Är tillgången på palliativ vård jämlik inom Region Skåne och hur kommer den palliativa vården alla invånare till del på lika villkor?

Den strategiska planen för palliativ vård i Region Skåne har som målsättning att tillgången till specialiserad palliativ vård och ASIH ska utvecklas för att vara jämlik för alla invånare oavsett var patienten bor, dess ålder eller diagnos³². Region Skåne följer upp utvecklingen av den specialiserade palliativa vårdens jämlikhet genom att följa palliativa kvalitetsindikationer från palliativregistret, antalet vård dagar i den specialiserade palliativa vården för avliden patient samt remissflöden³³ (för mer detaljerad beskrivning av uppföljningsmått se Appendix – bilaga 2).

Den generella uppfattningen från såväl verksamhet som politiska organ är att den specialiserade palliativa vården är jämlik inom Region Skåne. Trelleborg, Hässleholm och Ängelholm har inga egna fysiska slutenvårdsplatser utan hänvisas till Malmö, Lund, Kristianstad eller Helsingborg. Slutenvårdsplatserna i Trelleborg stängdes 2015 och har sedan dess varit föremål för diskussioner i hälso- och sjukvårdsnämnden. Bland annat har förslag diskuterats om

³² Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 2–3. 2013.

³³ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s.6–7. 2013.

att upphandla specialiserad palliativ vård för det geografiska området Malmö-Trelleborg för att öka antalet slutenvårdsplatser. Enheten i Trelleborg hänvisar patienter till Malmö i första hand och detta fungerar enligt uppgift i stort sett bra. Verksamheterna uppger att det i vissa fall råder brist på ASIH-platser, vilket beror på att allt fler patienter vill vårdas i hemmet. Det är framför allt verksamhetsområdet Malmö mellersta som för närvarande har brist på ASIH-platser och där råder väntetid för att bli inskriven till ASIH. Bristen på ASIH-platser i Malmö beror enligt verksamheten på att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor med specialistkompetens inom palliativ vård. Remisser i Malmö mellersta bedöms inom 48 timmar utifrån patientens tillstånd, om patienten har fått ett brytpunktssamtal samt om det krävs avancerade insatser som kommunen inte har möjlighet att utföra.. Flera andra enheter återger att bedömningen av remisser till viss del beror på hur hög beläggningen är inom ASIH - om beläggningen är väldigt hög är bedömningen hårdare.

Verksamhetens bild är att cancerdiagnoser dominerar inom den specialiserade palliativa vården. Andra diagnoser, såsom hjärtsvikt och neurologiska sjukdomar, ökar dock. Att ASIH tillhör primärvården anses bidra till att patienter med andra diagnoser än cancer skrivs in i ASIH. Barn vårdas vid flera olika kliniker inom Region Skåne. I Malmö, Lund och Helsingborg finns ett nära samarbete mellan specialistklinikerna (främst barn, onkologi) och den specialiserade palliativa vården. Det är relativt få barn som är föremål för palliativ vård, vilket gör att medarbetarna inte alltid är vana vid att vårda barn. De uppger att punktinsatser för barn som inte är palliativa är ett bra sätt att bibehålla kompetens för att vårda barn.

Analysen av kvalitetsindikatorer från palliativregistret visar inga tydliga skillnader i indikatorutfall mellan de olika specialiserade enheterna i Region Skåne eller mellan olika patientgrupper. Jämförelse mellan patienter med olika diagnoser försvåras av att en avsevärd andel av patienterna registreras under flera diagnoser och inte enbart den diagnos som är den huvudsakliga orsaken till den palliativa vården. Med hänsyn till detta, och de höga siffrorna för måluppfyllelse inom specialiserad palliativ vård, anser vi att det inte är meningsfullt att göra ytterligare analyser av eventuella skillnader i fråga om kvalitetsindikatorer.

Sironas bedömning

Befintliga underlag tyder på att tillgången till specialiserad palliativ vård i väsentliga delar är jämnt fördelad inom Region Skåne. Däremot finns det ej tillgodosedda behov av ASIH i verksamhetsområdet Malmö mellersta på grund av svårigheter att rekrytera medarbetare.

Revisionsfråga 5

lakttagelser av revisionsfråga 5: Hur säkerställs att arbetet med ASIH inom Region Skåne sker på ett ändamålsenligt sätt?

I den strategiska planen beskrivs vilka mål som finns för ASIH. I planen står det att ASIH ska utvecklas och anpassas till framtidens behov, där fler kommer att vårdas i hemmet³⁴. I strategiska planen nämns även att specialiserad palliativ vård ska vara ASIH-verksamhetens huvudsakliga uppgift och att ASIH även ska utföra punktinsatser samt konsultativa bedömningar av patienter som vårdas inom andra vårdformer³⁵. I övrigt följer ASIH samma mål

³⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 8. 2013.

³⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 2–3. 2013.

och riktlinjer som den specialiserade palliativa slutenvården för att uppnå en ändamålsenlig palliativ vård.

Det finns ett behov av att utöka ASIH:s verksamhet eftersom den demografiska utvecklingen leder till fler palliativa patienter, där en stor andel önskar att vårdas i hemmet. Primärvårdsnämnden anser att det finns behov av att öka antalet konsultinsatser utförda av ASIH. Konsultinsatser bidrar dessutom till att övriga vårdgivares kompetens kring palliativ vård höjs. Öppenvården behöver också utökas så att fler patienter snabbare kan remitteras till specialiserad palliativ vård när behov uppstår.

Mobila team inom primärvård och specialistvård är under uppbyggnad och de kan avlasta ASIH med enklare palliativa insatser. Detta innebär dock att ASIH får utföra aktiviteter som tar längre tid vilket gör att besökstiden blir längre och eftersom de får ersättning per besök kan detta innebära en sämre ekonomisk utveckling för ASIH.

Sironas bedömning

Region Skåne säkerställer att ASIH erbjuder en god palliativ vård genom att följa samma mål och riktlinjer som den övriga specialiserade palliativa vården. Samverkan med andra vårdformer förefaller välutvecklad och bemanningen är överlag adekvat utifrån nuvarande behov. Framgent krävs dock vissa anpassningar av resurserna, inte minst en större flexibilitet i fråga om fördelning av vårdinsatser.

Revisionsfråga 6

lakttagelser av revisionsfråga 6: Hur fungerar samverkan mellan ASIH och den palliativa slutenvården?

ASIH och palliativ slutenvård tillhör samma enheter inom primärvården. Enheterna i Trelleborg, Hässleholm och Ängelholm har inga egna slutenvårdsplatser. Övriga enheter (Lund, Malmö, Helsingborg, Kristianstad och Ystad) har egna slutenvårdsplatser. När behov uppstår av palliativ vård vid slutenvårdsplatser ska platser finnas tillgängliga för de patienter som vårdas inom ASIH³⁶.

Verksamhetsrepresentanter anser att samverkan mellan ASIH och slutenvård fungerar bra i samtliga delar av Skåne. Om behov av en slutenvårdsplats uppstår är det enkelt för ASIH att få kontakt med slutenvården och lägga in patienten. Detta gäller för samtliga enheter, både de med egna slutenvårdsplatser och de utan. Enheterna har samverkansdokument för att säkerställa ett bra samarbete. På vissa av enheterna kan enskilda medarbetare jobba både inom ASIH och slutenvård när behov uppstår.

Sironas bedömning

Samverkan mellan ASIH och den palliativa slutenvården är välfungerande. Den samlade organisationen skapar goda förutsättningar för samverkan och bidrar till sömlösa övergångar mellan ASIH och palliativ slutenvård.

Revisionsfråga 7

³⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 5. 2013.

lakttagelser av revisionsfråga 7: Hur utvecklas samverkan mellan den palliativa vården och de skånska kommunerna?

Kommuner

Enligt HSL³⁷ har kommunen ett visst ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård och vid behov ska regionen tillhandahålla läkarresurser åt kommunen. En Samordnad Individuell Plan (SIP) ska upprättas när regionen och kommunen ska samverka kring en patient. Samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner regleras i det styrande dokumentet *Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne* (HS-avtalet)³⁸ samt i bilagan *Överenskommelse för den palliativa vården* (HS-avtalet bilaga 7)³⁹.

Region Skåne ansvarar för:

- Allmän palliativ vård till patienter som vårdas inom slutenvård.
- Läkarstöd till den kommunala allmänna palliativa vården.
- Den specialiserade palliativa vården, vilken utgår från särskilda enheter. Dessa enheter bedriver avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), specialiserad slutenvård inkl. hospice, samt erbjuder konsultstöd till den allmänna palliativa vården.

Kommunen ansvarar för:

- Allmän palliativ vård i ordinärt boende eller särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd ska utgå från primärvården.
- Hemtjänst enligt socialtjänstlagen.

Representanter från kommuner och regionen delar bilden av att HS-avtalet bilaga 7 är omodern och inte skapar bra förutsättningar för samverkan. HS-avtalet bilaga 7 anses innehålla information som inte stämmer överens med övriga delar av HS-avtalet. Detta leder till att avtalet tolkas olika i olika kommuner, vilket i sin tur kan leda till ojämlikhet i den vård som erbjuds. De politiska organen nämner att det ursprungliga syftet med HS-avtalet var att möjliggöra flexibla samarbetsformer, samt att regionen och kommunerna gemensamt ska ta ansvar för samverkan.

SIP skapas tvärprofessionellt i samråd med läkare, patienter och närstående när kommunen ska samverka med den specialiserade palliativa vården. Rutiner och arbetssätt kring SIP fungerar bra enligt både kommunerna och regionen, men dokumentationen av SIP i patientens journal brister ibland.

Kommunerna har sammantaget en varierande uppfattning om hur samverkan med den specialiserade palliativa vården fungerar. Vissa kommuner anser att samverkan fungerar bra och att de får stöd med punktinsatser och utbildning av ASIH. Andra kommuner tycker att samverkan brister och att det är svårt att få tag på representanter från den specialiserade

³⁷ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kap. 12, 1 §

³⁸ Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. *Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne* (HS-avtalet). 2009-12-01

³⁹ Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. *Överenskommelse om palliativ vård i Skåne* (HS-avtalet bilaga 7). 2009-11-27. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/samverkansavtal/overenskommelse-om-palliativ-var-d-i-skane.pdf>.

palliativa vården. Kommunerna bedömer att det är svårt att få patienter inskrivna i ASIH. De nämner att det är hårda kriterier för att patienten ska bli inskriven. Det dröjer i många fall innan patienten får komma in till ASIH och under denna tid har kommunen ansvaret för patienten.

Enhetschefer och verksamhetschefer från den specialiserade palliativa vården anser att samarbetet med kommunerna varierar och till stor del är beroende av vilken medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) som kommunen har. Bilden är att alla kommuner arbetar på olika sätt och har skilda rutiner för och syn på samverkan.

Primärvårdsnämnden och regionstyrelsen har en förhoppning om att kommunerna ska kunna ta mer ansvar för den palliativa vården med ett ökat konsultstöd från regionen.

Sironas bedömning

Samverkan mellan kommunerna och den palliativa vården har i många fall utvecklats väl under senare år. Dock skiljer sig synen på samverkan mellan kommunerna och i vissa kommuner brister samverkan. Det finns vidare problem kring tolkningen av HS-avtalet bilaga 7 som inte skapar förutsättningar för en god och likriktad samverkan.

Revisionsfråga 8

lakttagelser av revisionsfråga 8: Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt? I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?

Hantering av synpunkter och klagomål

Det är patientnämndens uppgift att ta emot och handlägga klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Alla verksamheter ska arbeta med avvikelshantering och samla synpunkter från patienter och närstående som sedan ska ligga till grund för förbättringar och verksamhetsutveckling⁴⁰. I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård nämns att efterlevandesamtalen är ett viktigt tillfälle då närstående har möjlighet att ge synpunkter på den palliativa vården som i sin tur kan bidra till att utveckla vården⁴¹.

Klagomål som kommer in hanteras omgående av berörda enhetschefer och verksamhetschefer. Om klagomålet hanteras av enhetschefen eller verksamhetschefen beror på typen av klagomål och på önskemål från den som rapporterat klagomålet. Inkomna klagomål och avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar (APT) och där diskuteras även förbättringsåtgärder. Synpunkter uppkommer ofta under efterlevandesamtal och även dessa diskuteras under APT. När avvikelser rapporteras in av närstående försöker verksamheten att träffa personen som har rapporterat avvikelserna för att bättre förstå vad som har gått fel. Enhetscheferna går ibland igenom avvikelser från andra enheter för att kunna dra lärdomar av fler fall. Avvikelser av allvarigare karaktär som kommer att leda till ett ärende hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tas upp i verksamhetschefgruppen.

Representanter från sjukhusstyrelserna anser att det finns bra rutiner och riktlinjer för avvikelshantering och att synpunkter uppmuntras att lämnas in. Dock nämner sjukhusstyrelse Helsingborg att de önskar få kännedom om fler avvikelser som kommer in till sjukhusledningen.

⁴⁰ Hälso- och sjukvårdsnämnden. *Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande utifrån regionstyrelsens planeringsdirektiv med preliminär budgetram inför beslut om verksamhetsplan och budget 2019-21*. 2018-09-21

⁴¹ RCC. *Palliativ vård i livets slutskede, nationellt vårdprogram*: kap. 8. 2016

Avvikelse rapporteras in och hanteras i IT-systemet AvIC. Representanter från verksamheten beskriver att det fungerar bra att rapportera in avvikelser i systemet men att själva hanteringen av inrapporterade avvikelser är omständligt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden, regionstyrelsen och primärvårdsnämnden går igenom inkomna ärenden och anser att palliativ vård har få klagomål i jämförelse med andra områden. Även verksamheten delar bilden av att det är få anmälningar som inkommer till den palliativa vården. Ibland får den palliativa vården ta emot klagomål på händelser som har skett tidigare i vårdkedjan.

Ärenden i Patientnämnden

Sirona granskade oidentifierade beskrivningar av ärenden rörande palliativ vård, som varit aktuella inom patientnämnden i Region Skåne under åren 2016–2018 samt första halvåret 2019. Totalt noterades 24 ärenden under perioden, vilket ger ett genomsnitt på cirka sju ärenden per år, av de cirka 6000 ärenden per år som patientnämnden i Region Skåne tar emot. Detta kan även ställas i relation till antalet patienter som varit aktuella inom palliativ vård under den tidsperioden (3799 stycken) samt antalet vårdkontakter/vårdtillfällen (16 472 stycken). Således är det få anmälningar baserat på totala antalet patienter och vårdkontakter.

Som regel gjordes anmälan till patientnämnden av en nära anhörig eller annan närstående och i de flesta fallen hade patienten hunnit avlida. Ärenden var fördelade mellan olika geografiska områden utan någon tydlig skillnad i frekvens.

Patientnämnden delar in inkomna ärenden i olika kategorier beroende på typ av klagomål/problem. För de 24 ärendena inom palliativ vård var fördelningen:

Tabell 2 - Ärenden inom palliativ vård inkomna till patientnämnden i Region Skåne perioden januari 2016-juni 2019.

Kategori	Antal
Vård och behandling	7
Omvårdnad	1
Bemötande	3
Ekonomi	1
Organisation och tillgänglighet	6
Vårdplanering	1
Vårdansvar	1
Övrigt	4

Således rör de flesta anmälningar missnöje med vård och behandling eller organisation och tillgänglighet. Ett återkommande tema i de senare fallen var upplevda brister i samverkan mellan olika vårdgivare. Även om anmälningarna är få indikerar de en bristande helhetssyn av

den palliativa vårdprocessen och att det därför uppstår kommunikationsmissar både mellan patienter och verksamheten samt mellan olika vårdgivare.

Problem inom vård och behandling rörde bristande information om patientens tillstånd till de närstående samt missförstånd och andra kommunikationsproblem mellan vården och anhöriga/närstående. Bristande kommunikation hade i ett fall medfört att ingen närstående person kunnat vara närvarande när patienten avled. Andra exempel på ärenden:

- Anmälare anser att patienten fått felaktig medicinering, som bidragit till dödsfallet.
- Anmälare anser att personal inte infunnit sig tillräckligt snabbt när patienten akut försämrades (och senare avled).
- Anmälare (särbo) som ej är inskriven som nära anhörig i journalen informerades inte om patientens försämrade tillstånd.

I flera fall förekom samtalskontakter mellan anmälaren och respektive vårdgivare. Som regel har anmälaren varit tillfreds med att framföra synpunkterna till vårdgivare och patientnämnden. Vid en mindre del av dessa ärenden har anmälaren dock, enligt uppgift från patientnämnden, gått vidare i form av anmälan till IVO.

IVO-ärenden

Sirona har tagit del av oidentifierade beskrivningar av anmälningsärenden hos IVO. Under tidsperioden 2016–2018 samt första halvåret 2019 registrerades nio ärenden som rörde palliativ vård inom Region Skåne. Två av ärendena avskrevs utan utredning då dessa frågor låg utanför IVO:s uppdrag. IVO utredde således sju ärenden, vilket motsvarar ett genomsnitt på två ärenden per år. Fyra av ärendena utgjordes av anmälan enligt Lex Maria⁴² och tre anmäldes av närstående utifrån Patientsäkerhetslagen⁴³.

Ett klagomål från närstående gällde fördröjd upptäckt av spridning av cancersjukdom samt brister i vård och behandling. Klagomålet avsåg även försening av patientens hemgång på grund av formalia. IVO bedömde att den medicinska handläggningen varit rimlig under den aktuella vårdperioden vid kirurgavdelningen. Vårdgivaren Region Skåne ansågs dock inte uppfyllt föreskrivna skyldigheter om samverkan inom de egna verksamheterna. Oklar ansvarsfördelning vid planering av palliativ vård i hemmet ansågs ha fördröjt hemgången för patienten i livets slutskede.

Ett annat av de inkomna klagomålen gällde att patienten skrevs ut till hemmet från slutenvården trots att nödvändiga insatser från andra instanser inte var säkerställda. Patienten, som var svårt sjuk och hade ett avsevärt vårdbehov, hade uttryckt önskemål om att skrivas ut från sjukhuset till sitt hem. Inbokad transport hann dock verkställas innan det stod klart att någon överenskommelse med kommunen inte hade uppnåtts. Patienten återfördes till sjukhuset och vårdades där tills patienten avled av sin grundsjukdom cirka två veckor efter händelsen.

⁴² IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt Lex Maria är att granska vårdgivarens utredning. Om IVO bedömer att vårdgivarens utredning följer gällande bestämmelser avslutar IVO ärendet.

⁴³ Från och med 1 januari 2018 förändrades reglerna för IVO:s utredningsskyldighet. Förändringarna innebär att vårdgivarens ansvar för att ta emot och besvara klagomål har förtydligats. Enskilda personer, exempelvis patienter eller anhöriga, kan enligt patientsäkerhetslagen lämna klagomål på såväl verksamhet som personal inom hälso- och sjukvården. Patienter och närstående ska i första hand lämna klagomål på hälso- och sjukvården till vårdgivaren eller patientnämnden. Har vårdgivaren fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter ska IVO utreda klagomålet i sak om klagomålet uppfyller vissa förutsättningar.

En av Lex Maria-anmälningarna avsåg överdosering av läkemedel i dropp till ett barn, som berodde på felaktig inställning av infusionspump. Detta ledde till övergående obehag hos barnet. Vårdgivaren hade utrett felet samt vidtagit en rad åtgärder för att förhindra upprepning och IVO ansåg att dessa insatser var adekvata och avslutade ärendet utan ytterligare åtgärd.

Även vid de övriga ärendena ansåg IVO att vårdgivaren uppfyllt sina skyldigheter enligt Patientsäkerhetslagen att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Inget av de sju ärendena medförde någon disciplinpåföljd från IVO:s sida.

Det samlade intrycket är att IVO-anmälningar är relativt få i relation till antalet vårdkontakter och vårdtillfällen. Det låga antalet och variationen i ärendetyp tillåter inte några säkra slutsatser kring patientsäkerheten och risken för vårdskador inom palliativ vård. Det är dock värt att notera att samtliga fyra Lex Maria-anmälningar rör misstag kring läkemedelsdosering, varav två handlar om handhavande av infusionspumpar.

Sironas bedömning

Det inkommer förhållandevis få klagomål kring palliativ vård och i de fall där det är aktuellt leder klagomål till förbättringsåtgärder inom verksamheterna.

7. Samlad bedömning och rekommendationer

Sironas samlade bedömning är att arbetet med den palliativa vården inom Region Skåne i de allra flesta avseenden sker på ett ändamålsenligt sätt och i enlighet med gällande mål, beslut och riktlinjer. Det finns dock behov av att förbättra samverkansavtalet med kommunerna, att öka flexibiliteten i resursfördelningen och att öka integrationen mellan den allmänna och den specialiserade palliativa vården.

De mest angelägna förändringarna och motiven för dessa beskrivs i tre rekommendationer till respektive nämnd/nämnder:

Rekommendation 1: Förtydliga samverkansavtalet med kommunerna

Den sammantagna bilden är att samverkansklimatet mellan den specialiserade palliativa vården och kommunerna varierar beroende på kommun. Kritik har i intervjuerna riktats mot HS-avtalet bilaga 7, där representanter från verksamheten anser att avtalet inte är ändamålsenligt och ger utrymme för flera tolkningar vilket i sin tur kan leda till en ojämlik vård. Dessutom, menar verksamhetsrepresentanterna att det finns skillnader mellan bilaga 7 och övriga HS-avtalets riktlinjer, som gör det svårt att tolka vad som gäller för samverkan. Rekommendationen är således att se över och vid behov uppdatera HS-avtalet bilaga 7 för att skapa förutsättningar för en bättre samverkan mellan kommunerna och den specialiserade palliativa vården.

Rekommendationen riktas till: hälso- och sjukvårdsnämnden.

Rekommendation 2: Verksamhetscheferna bör i större utsträckning styra fördelningen av resurser

I den strategiska planen nämns att utbyggnaden och utbudet av ASIH ska motsvara befolkningens behov senast år 2018⁴⁴. Trots detta upplever verksamheten, framför allt enheter tillhörande verksamhetsområdet Malmö och mellersta Skåne, att det råder brist på ASIH-platser. Verksamheten anser också att en utökning av konsultfunktionen är önskvärd, då detta efterfrågas av övriga vården. I hälso- och sjukvårdsnämndens och primärvårdsnämndens sammanträden har diskussioner om att öppna slutenvårdsplatser i Trelleborg varit i fokus sedan platserna stängdes igen år 2015. Verksamhetsrepresentanter från Trelleborg som har deltagit i denna granskning upplever dock att det fungerar bra att hänvisa patienter till slutenvårdsplatser i Malmö (i första hand och annars till en annan enhet med tillgängliga slutenvårdsplatser). Diskrepansen mellan det faktiska behovet och de politiska diskussionerna indikerar att det är lämpligt att låta verksamhetschefen för respektive verksamhetsområde ha större mandat för att styra fördelningen av resurser mellan specialiserad palliativ vård och ASIH (inklusive konsult- och punktinsatser).

Rekommendationen riktas till: primärvårdsnämnden.

Rekommendation 3: Öka integrationen mellan sjukhusvård, allmän palliativ vård och den specialiserade palliativa vården

I intervjuer har en oro uttryckts om att verksamheter som inte tillhör den specialiserade palliativa vården har bristande kunskap om palliativ vård, vilket leder till att patienter skrivs in för sent eller inte alls i den specialiserade palliativa vården. Ett förslag för att bemöta problemet med att patienter skrivs in för sent är att skriva in patienter som är på väg att bli palliativa på en palliativ öppenvårdsmottagning innan de ansluts till ASIH. En gradvis övergång till specialiserad palliativ vård skulle förbättra vårdkontinuiteten och vara till nytta både för patienterna och verksamheterna. Den specialiserade palliativa vården får möjlighet att vårda patienten under en längre tid och kan tillämpa den nationella vårdplanen i ett tidigare skede. Patienten får en mer sammanhållen vårdkedja och kommer i kontakt med den specialiserade palliativa vården i ett tidigare skede vilket bör leda till en ökad känsla av trygghet.

Rekommendationen riktas till: primärvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden.

⁴⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 8. 2013.

Appendix Bilaga 1 – genomförda intervjuer

Roll	Tillhörighet
Verksamhetschef	Västra Skåne Malmö mellersta Östra Skåne
Enhetschef	Kristianstad (två stycken) Trelleborg Hässleholm Nordväst Helsingborg Malmö Lund (två stycken)
Medicinsk rådgivare	Ansvarig läkare nordväst
Chefläkare	Primärvården
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Åstorps kommun Osby kommun Malmö kommun Trelleborgs kommun Lunds kommun Ystads kommun
Överläkare specialiserad palliativ vård	Trelleborg
Läkemedelsansvarig sjuksköterska	Trelleborg
Överläkare	Mobila primärvårdsteam
Ordförande 1: a vice Ordförande 2: a vice Ordförande	Presidiet hälso- och sjukvårdsnämnden
Ordförande 1: a vice Ordförande 2: a vice Ordförande	Presidiet primärvårdsnämnden
Ordförande 1: a vice Ordförande	Presidiet regionstyrelsen
Ordförande 1: a vice Ordförande 2: a vice Ordförande	Sjukhusstyrelse Helsingborg
Ordförande 1: a vice Ordförande 2: a vice Ordförande	Sjukhusstyrelse SUS
Handläggare	Patientnämnden

Appendix Bilaga 2 – uppföljningsmått⁴⁵

Vad	Mäts genom
Att dimensionering är i paritet med behovet	Redovisning av antalet vård dagar för avliden patient samt kommuntillhörighet
Palliativa och kurativa insatser	Redovisning av remissflöden
Palliativa kvalitetsindikatorer som kan erhållas genom aktivt registrerande i Svenska Palliativregistret	• Andelen registrerade dödsfall per mantalsskrivningskommun. • Andelen patienter som erhållit ett individuellt anpassat, dokumenterat informerande läkarsamtal om att hon/han befinner sig i livets slutskede och att vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring. • Andelen närstående som erhållit ett individuellt anpassat dokumenterat informerande läkarsamtal om att vårdtagaren/patienten befinner sig i livets slutskede och att vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring. • Andelen patienter vars smärta vid något dokumenterat tillfälle under sista levnadsveckan skattats med visuell analog skala (VAS), numeric rating scale (NRS) eller annat validerat smärtskattningsinstrument. • Andelen patienter som hade en individuell ordination av opioid i injektionsform vid behov infördd på läkemedelslistan före dödsfallet. • Andelen patienter/vårdtagare som avled med trycksår. • Andelen närstående som erbjudits att få ett efterlevandesamtal 1 till 2 månader efter dödsfallet. • Andel patienter där munhälsan bedömts någon gång under sista veckan i livet.
Implementering av strategisk plan jämte vårdprogram och kunskapsstöd	Beskrivning hur detta genomförts

⁴⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne. *Strategisk plan för specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet*: s. 6–7. 2013.