



LANDSTINGSBILAGA

EN DEL AV GRANSKNINGEN AV PALLIATIV VÅRD INOM LANDSTINGET I
VÄRMLAND OCH VÄRMLÄNDSKA KOMMUNER PÅ UPPDRAG AV
REVISORERNA I LANDSTINGET OCH KOMMUNERNA I LÄNET

JANUARI 2016

1 Avtal och styrdokument

I *Landstingsplanen 2013-15* beskrivs det övergripande målet för hälso- och sjukvården i landstinget i Värmland:

”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”.

I *Landstingsplan 2015*, under rubriken Värdegrund, anges:

”All verksamhet inom Landstinget i Värmland vilar på en gemensam värdegrund: Alla människor har lika värde och ska bemötas med empati och respekt. Värdegrunden innebär att Landstinget i Värmland genomsyras av en humanistisk grundsyn, där respekten för människors lika och okränkbara värde, jämlikhet och jämställdhet betonas. Vården ska bygga på respekt för alla människors lika och okränkbara värde, oavsett ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning, religion, social situation, funktionsnedsättning eller bostadsort. Vården ska grundas i en helhetssyn på människan, där fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov tillgodoses”.

Vi konstaterar att Landstinget i dessa styrdokument på ett tydligt sätt understryker generella principer och bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och Patientsäkerhetslagen, som har stor betydelse för den palliativa vården.

Under rubriken Inriktning 2015 betonas följsamhet till nationella riktlinjer:

”Hälso- och sjukvårdens utveckling drivs i hög grad av forskningsresultat som efter prövning av evidens och erfarenhet etableras i verksamheten. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är en del av denna utveckling”.

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. Rekommendationerna innebar bland annat att landstinget skulle:

- Följa Socialstyrelsen kunskapsstöd.
- Samverka med kommunerna för att utveckla den palliativa vården oavsett diagnos och ålder.
- Vid överenskommelser med kommunal vård och omsorg särskilt beakta barnens perspektiv, både som patient och närstående.

- Ha som mål att täckningsgraden för Palliativregistret skulle vara i genomsnitt 80 procent vid utgången av 2013.

Landstingsplanen för 2015 anger även att "*verksamheterna ska implementera det nationella kunskapsstödet för palliativ vård*" (se avsnitt 3.2.5 i huvudrapporten!). Det finns även ett ledningsdirektiv från 2013 om att starta processen för ett lokalt vårdprogram för palliativ vård.

Under de senaste åren har Hälso- och sjukvårdsledningen (HCL) och de berörda respektive 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 2.4!).

Inom Landstinget i Värmland finns det idag specialiserad palliativ vård för patienter med cancerdiagnos, men det saknas för övriga diagnoser som t.ex. hjärtsvikt, kronisk 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 lateral skleros (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.

Läkemedelsenheten beskrev ordinationer i kommunal hemsjukvård 2013 resp. 2015 i form av en rutin. Denna rutin uppges ingå i landstingets ledningssystem.

2 Verksamhet och kompetens

2.1 Landstingets vårdorganisation

2.1.1 Specialiserad palliativ vård

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. Informationsöverföringen underlättas av att det numera finns ett gemensamt journalsystem 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, med följande kriterier 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 palliativa teamen. I samarbete med kommunens distriktsjuksköterskor ska konsultteamen arbeta för att patienten i största möjliga mån skall 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 den specialiserade palliativa vården, 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.

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.

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 dess budget.

2.1.2 Sjukhusvården

Ovanstående beskrivning avser palliativ vård av patienter med cancerdiagnos och som bedrivs vid, eller utgår från, Onkologikliniken. Inom granskningen framkommer vissa problem i fråga om den allmänna palliativa vården för övriga patientgrupper, som vårdas på andra sjukhuskliniker. Bland annat visar data från Palliativregistret att det finns brister i att genomföra - och dokumentera – s.k. brytpunktssamtal på sjukhus. Sådana brister leder ofta till problem i nästa led, när patienten skrivs ut från sjukhus och tas om hand av den kommunala vården med stöd av landstingets primärvård. Enligt samstämmiga uppgifter uppfattar många av de verksamma inom sjukhusvården palliativ vård som en extra uppgift utöver det ordinarie arbetet, som de inte har tillräcklig kompetens för. Det finns uppenbarligen inom denna grupp behov av fortutbildning, särskilt om landstingsstyrelsens intentioner kring implementering av det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård ska följas.

2.1.3 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-växlat¹" för denna åldersgrupp. Liknande problem finns beträffande kvalificerad hemsjukvård för den något större grupp av barn med svåra funktionshinder, 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 kompetens 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 Ungdomsmedicin 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.

2.1.4 Primärvårdens roll och samverkan

Inom landstingets primärvård/vårdval ingår ett 30 tal vårdcentraler, varav ett mindre antal drivs i privat regi. Samarbete mellan kommunal vård och landstingets primärvård regleras i överenskommelser i respektive kommun.

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 vårdcentralen 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

¹ ÄDEL växling: överföring av drifts- och kostnadsansvar för viss del av sjukvården från landsting till kommun efter ÄDEL reformen 1992.

utifrån geografiska områden, där som regel endast ordinarie läkare ingår. I de norra och östra länsdelarna förekommer det dock att hyrläkare ingår i jouren.

En betydande del av primärvårdens patienter tillhör gruppen äldre. 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 läkare 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, har andra problem med låg vårdkontinuitet, på grund av långvariga vakanser och korttidsvikarier med skiftande kompetens.

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 kan det i vissa fall uppstå 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 är palliativa insatser som gäller för den fortsatta vården och inte behandling som syftar till 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.

Kompetensen i allmän palliativ vård förefaller således varierande både inom sjukhusvården och i landstingets primärvård.

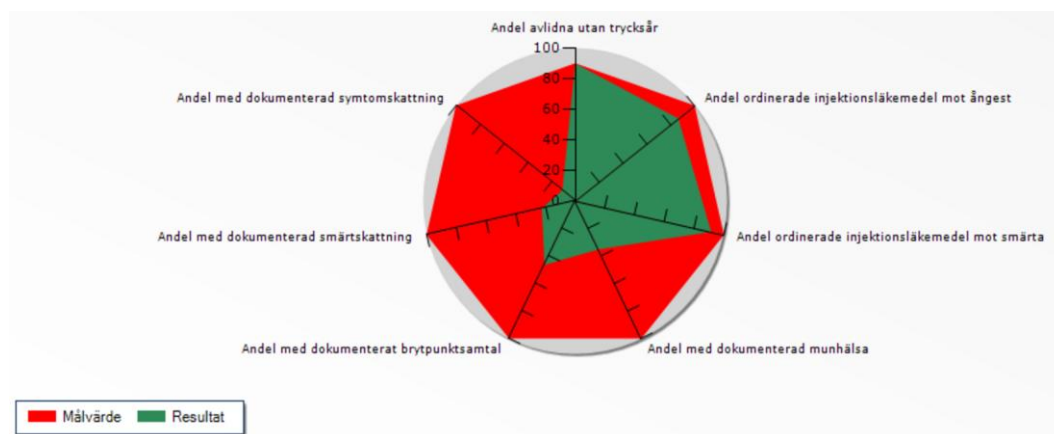
2.2 Palliativa rådet

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. Kontigo uppfattar Palliativa rådet som en samarbetsarena med flera aktiva arbetsgrupper, där meningsutbyte kan ske mellan olika verksamhetsföreträdare från både landsting och kommun och där gemensamma förslag kan utarbetas.

3 Svenska palliativregistret

Täckningsgraden för Landstinget i Värmland i det Svenska palliativregistret under perioden januari 2015 till januari 2016 var 67 procent. Måluppfyllelsen är hög i fråga om frånvaro av trycksår, ordination av injektionsläkemedel mot smärta och ångest. Däremot är måluppfyllelsen låg beträffande munhälsobedömning, brytpunktssamtal samt dokumentation av skattning av smärta och andra symptom.

Utfallet för landstinget avser alla verksamheter och påverkas både av landstingets egna insatser i slutet och öppen vård och av insatserna i kommunal vård och omsorg.



Figur 1. Resultat från Svenska palliativregistret. Landstinget i Värmland. Måluppfyllelsen är hög i fråga om frånvaro av trycksår och ordination av injektionsläkemedel. Däremot är måluppfyllelsen låg beträffande flera andra indikatorer.

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. De beskrivna resultaten ger dock en bild av generella problem och de aktuella utvecklingsbehoven i stort.

4 Styrkor och svagheter i landstingets styrning av den palliativa vården

Kontigossamlade bedömning är att styrningen av den palliativa vården i Värmlands län uppvisar både styrkor och svagheter. Bland styrkeområden på landstingsidan bör framhållas

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, som brinner för att förbättra verksamheten samt att informationen i Palliativregistret används för att utveckla olika aspekter av den palliativa vården.

Granskningen tyder dock på brister i den allmänna palliativa vården, bland annat beträffande genomförande av brytpunktssamtal (se avsnitt 2.1.2). En annan svaghet är att Landstinget i Värmland saknar ett aktuellt övergripande styrdokument för palliativ vård som helhet. Det tidigare framtagna förslaget om utvecklingsplan har inte följts av ett tydligt strategiskt inriktningsbeslut. 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.

Data från Palliativregistret visar att länets resultat ligger nära men något under riksgenomsnittet i fråga om Socialstyrelsens indikatorer för god palliativ vård.

Mot bakgrund av ovanstående behöver landstingets och kommunernas samverkan inom palliativa vården i Värmland få fastare former. Det gäller särskilt patienter med andra diagnoser än cancer. Även om samverkan och informationsutbyte med kommunerna i många fall fungerar bra, finns det behov av ytterligare insatser för att höja kompetensnivån inom den allmänna palliativa vården. För landstingets del gäller detta både sjukhusvården och primärvården.