



Östra Göinge kommun

**Granskning av samverkan kring
palliativ vård/vård i livets slutskede**

Revisionsrapport

KPMG AB
2010-12-21
Antal sidor: 7

Innehåll

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. | Inledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrund | 1 |
| 1.2 | Syfte | 1 |
| 1.3 | Genomförande och metod | 1 |
| 1.4 | Bemannning | 2 |
| 2. | Vad är palliativ vård? | 2 |
| 3. | Lagstiftning samt nationella, regionala och lokala riktlinjer/överenskommelser | 3 |
| 4. | Vården av palliativa patienter i Östra Göinge kommun | 4 |
| 4.1 | Gränssnittsöverenskommelsen | 4 |
| 4.2 | Kommunens verksamhet | 4 |
| 4.3 | Regionens verksamhet | 5 |
| 5. | Sammanfattande kommentarer och förslag till åtgärder | 6 |

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Genom Region Skånes revisionskontor och på uppdrag av revisorerna i Region Skåne och åtta skånska kommuner (Burlöv, Hörby, Skurup, Staffanstorp, Vellinge, Ystad, Åstorp och Östra Göinge) har KPMG fått i uppdrag att granska samverkan mellan Region Skåne och skånska kommuner kring den palliativa vården/vård i livets slutskede.

1.2 Syfte

Granskningens syfte har varit att ge underlag för att bedöma hur kommunerna och Region Skåne samverkar kring palliativ vård och vilka insatser som görs. I granskningen har lyfts fram områden där samarbetet fungerar bra och ger förväntat resultat men också områden där samverkan inte fungerar eller inte fungerar tillräckligt bra och behöver förbättras.

De övergripande revisionsfrågorna har varit:

- Hur är den palliativa vården organiserad i kommunen respektive regionen?
- Vilka kommunala och regionala resurser finns för palliativ vård?
- Hur tillses att kontinuitet i vården upprätthålls?
- Hur fungerar samarbetet mellan kommunen och regionen? Vilka särskilda samverkansformer och gemensamma projekt finns inom området?
- Hur fungerar informationsöverföring mellan verksamheternas olika delar (sjukhus, primärvård, kommun)?

I denna rapport berörs i huvudsak endast samverkan mellan Östra Göinge kommun och Region Skåne. En särskild rapport beträffande den palliativa vården i hela Region Skåne har upprättats.

1.3 Genomförande och metod

Granskningen har omfattat genomgång av lagstiftning samt nationella, regionala och lokala riktlinjer/överenskommelser med bäring på uppdraget liksom en kartläggning 2008 av den palliativa vården i Region Skåne. Vidare har intervjuer genomförts med vård- och utbildningsutskottets ordförande och 1:e vice ordförande, verksamhetschefen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschef inom slutenvården, distriktssköterska inom hemsjukvården, distriktsläkare samt verksamhetschefen med medarbetare vid KVH Kristianstad/Hässleholm (kvalificerad vård i hemmet).

1.4 Bemanning

Ansvarig för granskningen av samverkan mellan Östra Göinge kommun och Region Skåne har Bo Järnbring varit. Magnus Larsson har svarat för kvalitetssäkring av rapporten, som har saklighetsgranskats av kommunens respektive KVH:s verksamhetschef.

2. Vad är palliativ vård?

Världshälsoorganisationen (WHO) har 2002 definierat palliativ vård¹ som vård som bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Palliativ vård:

- Lindrar smärta och andra plågsamma symptom.
- Bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process.
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- Integrerar psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.
- Tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal.
- Befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse.
- Är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livet såsom cytostatika och strålbehandling. Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symptom och komplikationer.

Ett i sammanhanget centralt begrepp är brytsamtalet. Med brytsamtalet menas ett samtal sedan läkare gjort bedömningen att vårdens inriktning övergår från att bota till att lindra. Det är en läkaruppgift att föra eller leda ett samtal där patienten och patientens anhöriga informeras om att vården övergår från att bota till att lindra. Ett genomfört brytsamtal är ofta förutsättning för inskrivning i olika former av palliativ vård. Bland annat till följd av den medicinska utvecklingen med nya behandlingsalternativ har dock brytsamtalet i mindre grad än tidigare blivit förutsättning för inskrivning i palliativ vård.

¹ Ref: National cancer control programs: policies and managerial guidelines, second ed. Geneva, World Health Organization, 2002. Svensk översättning : Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternstedt BM

I motsats till vad som är fallet i flera andra länder finns idag ingen medicinsk specialitet för palliativ vård i Sverige. Sedan 1997 finns dock en professur i palliativ vård knuten till Karolinska institutet.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Registret finansieras genom medel från den av regeringen beslutade treåriga överenskommelsen för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka. Till registret kan del av eller hela verksamheten i en kommun eller ett landsting/region anslutas. Registret samlar in och analyserar data med mål att identifiera brister som finns i vården i livets slutskede och är ett viktigt redskap vid egenbedömning och för att stimulera till förbättringsarbete.

3. Lagstiftning samt nationella, regionala och lokala riktlinjer/överenskommelser

Utgångspunkten för all hälso- och sjukvård i kommuner och landsting/regioner är **hälso- och sjukvårdslagen** (1982:763). I dess portalparagraf (§ 2) anges målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården.

Lagen (§ 3) ger landstinget/regionen det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvård, undantaget sådan hälso- och sjukvård som enligt § 18 är kommunens ansvar (i särskilda boenden, viss dagverksamhet och hemsjukvård om landstinget/regionen överlåtit att erbjuda sådan vård). Kommunens ansvar enligt lagen omfattar inte sådan sjukvård som meddelas av läkare. I fråga om palliativ vård ger lagen alltså kommuner och landsting/regioner ett delat ansvar.

Med utgångspunkt från prioriteringsutredningens förslag "Vårdens svåra val" (SOU 1995:5) fattade riksdagen 1997 beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Enligt beslutet ska palliativ vård tillhöra den högst prioriterade vården.

Till skillnad från många länder saknar Sverige för närvarande en **nationell strategi för palliativ vård**. På det regionala planet tecknade Region Skåne och kommunerna i Skåne under 2009 en **Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet** (gränssnittsöverenskommelsen). Överenskommelsen ersätter en tidigare överenskommelse från 2002 och avser tiden till och med 2014. Den nya överenskommelsen syftar till en tydligare uppgiftsfördelning och en underlättad tillämpning av gränssnittet samt innebär också ett större ekonomiskt åtagande från regionens sida, bland annat vad avser palliativ vård (beträffande överenskommelsens innehåll se vidare under avsnitt 4).

På det lokala planet har som en följd av ovan nämnd överenskommelse tecknats **Lokalt avtal för läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården**. Från regionens sida avser avtalet Knislinge vårdcentral. Bland utbildningsinsatser ingår utbildning i palliativ vård och symtomlindring i livets slut utifrån gemensamt framtagna rutiner. Ett motsvarande avtal har träffats mellan kommunen och Broby vårdcentral Capio City-kliniken. Detta avtal innehåller dock inte överenskommelse om råd, stöd och fortbildning utan är endast patientrelaterat.

På det lokala planet har också genom beslut i dåvarande socialnämnden 2004-04-13 fastställts **Riktlinjer för palliativ vård**. I riktlinjerna refereras bl. a. WHO:s definition av palliativ vård. Riktlinjerna innehåller också avsnitt om ”de fyra hörnstenarna”, allmänna vårdprinciper, etiska principer, smärtlindring, teamsamverkan samt stöd till närstående och personal.

4. Vården av palliativa patienter i Östra Göinge kommun

4.1 Gränssnittsöverenskommelsen

Enligt ovan nämnd gränssnittsöverenskommelse har kommunerna ansvaret för den **basala palliativa vården** i ordinärt boende eller i särskilt boende upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd ska utgå från primärvården. Kommunerna har också ansvar för hemtjänst enligt socialtjänstlagen.

Region Skåne ansvarar för **basal palliativ vård** till patienter som vårdas inom slutenvård och har också ansvar för **den specialiserade palliativa vården**, vilken utgår från särskilda enheter. Dessa enheter bedriver läkarledd, avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad slutenvård inklusive hospice, samt erbjuder konsultstöd till den basala nivån. Som framgår ovan ingår i regionens ansvar också läkarstöd från primärvården till den kommunala basala palliativa vården.

4.2 Kommunens verksamhet

I Östra Göinge kommun är kommunstyrelsen och dess omsorgs- och utbildningsutskott politiskt ansvariga för den basala palliativa vården. För utförandet av detta ansvar svarar den kommungemensamma förvaltningens avdelning Produktion.

Kommunens palliativa vård bedrivs vid de särskilda boendena Västanvid i Knislinge, Skogsbrynet i Sibbhult och Lindgården i Broby. Det senare drivs fr.o.m. november 2010 på kommunens uppdrag av Attendo Care. Vid Lindgården har ombyggnad nyligen skett som möjliggör större avskildhet för patienter i palliativ vård.

Den palliativa vården i eget boende bedrivs genom kommunens hemsjukvård, som är organiserad i fyra geografiska områden (Broby, Glimåkra, Knislinge och Sibbhult). Verksamheten är bemannad med distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden och bedrivs dygnet runt med jourverksamhet helger och nätter.

Båda vårdformerna ska enligt gränssnittsöverenskommelsen få läkarstöd från primärvården (se vidare under avsnitt 4.3)

För båda vårdformerna gäller att palliativ vård inte registreras separat och att därmed inga uppgifter om respektive vårdformers omfattning finns tillgängliga.

Vid Västanvid i Knislinge bedrivs ett LCP-projekt (Liverpool Care Pathway – standardvårdplan för patienter under livets allra sista tid). Detta projekt har dock inte genomslag i hela kommunen. Utvärdering av den palliativa vården i kommunen har inte skett.

Kommentar:

Som framgått ovan fastställde dåvarande socialnämnden under 2004 Riktlinjer för palliativ vård. Vår bild är att dessa riktlinjer, som är allmänt hållna, inte tillräckligt kommuniceras i verksamheten och därmed inte är tillräckligt kända.

Sedan sommaren 2007 är kommunens verksamheter anslutna till Svenska palliativregistret, vilket förutsätter inrapportering av uppgifter om den palliativa vården. I dag sker inrapportering av betydligt mindre än hälften av den palliativa vården och här finns en stor förbättringspotential. Dock har vi noterat en ökande inrapportering. Alla som avlider och som enligt reglerna ska anmälas av kommunen anmäls till registret. Däremot anmäls ingen avliden patient som avlider inom Region Skånes sjukhus. När all palliativ vård inrapporteras får kommunen automatiskt ett underlag för egenvärdering och förbättringsarbete liksom de statistiska uppgifter som i dag saknas och som bland annat är en viktig förutsättning vid den palliativa vårdens dimensionering och utformning.

Individuella vårdplaner vid palliativ vård upprättas inte alltid, vilket borde ske. Inte minst viktigt är dessa under jourtid då läkare och annan personal inte har samma kännedom om patienterna. Däremot upprättas alltid en ansvarslista då kommunens och regionens personal har ett delat patientansvar.

Beträffande personalens formella kompetens har vi noterat att förutom distriktssköterskor och sjuksköterskor har en mycket hög andel av övrig personal undersköterskekompetens. Av naturliga skäl är kontinuiteten bland personal lättare att åstadkomma inom de särskilda boendena. Inom hemsjukvården innebär arbetet under jourtid sämre kontinuitet främst bland undersköterskor och vårdbiträden. Vårt intryck är dock att ansträngningar görs för att åstadkomma största möjliga kontinuitet.

4.3 Regionens verksamhet

Vården av kommunens palliativa patienter tillgodoses förutom av den egna verksamheten och sjukhusen av KVH (Kvalificerad Vård i Hemmet) med bas i Hässleholm och Kristianstad. Verksamheten är organisatoriskt en del av Primärvården Skåne och leds av en verksamhetschef. KVH, tillhandahåller avancerad (läkarledd) sjukvård i hemmet, punkt- och konsultinsatser gentemot kommunerna, öppenvårdsmottagning för cancerrehabilitering och psykosocialt stöd samt hospicevård i Hässleholm och Kristianstad. Verksamheten har totalt cirka 100 platser för avancerad sjukvård i hemmet och totalt 11 hospiceplatser. I den specialiserade palliativa vårdens uppdrag ingår också handledning, utbildning, forskning, utvecklings- och kvalitetsarbete, information samt tillämpning och utvärdering av ny utveckling i den kliniska vardagen. Behoven av specialiserad palliativ vård för patienter från Östra Göinge kommun tillgodoses genom verksamheterna i Kristianstad. Enligt Region Skånes bedömning erfordras ingen utbyggnad av vårdplatser vare sig inom ASIH eller hospice i nordöstra Skåne tiden 2010-2012.

Förutom ovan beskrivet åtagande ingår i regionens åtagande enligt gränssnittsöverenskommelsen läkarstöd från primärvården till den kommunala basala palliativa vården från de två vårdcentralerna i kommunen (Broby och Knislinge).

Kommentar:

Vår bild är att samarbetet med KVH Hässleholm/Kristianstad fungerar väl. Dock finns några förbättringsområden. Ett av dessa är förbättrad information till kommunen om vård av patienter där patienten inte har hemtjänst och där KVH och kommunen inte har delat vårdansvar. Ett annat område är kompetensutveckling. Som framgår ovan ingår i den specialiserade palliativa vårdens uppdrag bl.a. utbildning, vilket inte förekommit under de senaste åren. Vi ser den specialiserade palliativa vården som en mycket viktig kompetensutvecklare av den kommunala basala palliativa vården och föreslår att samtal härom snarast kommer till stånd. Vår bild är också att personal i den kommunala palliativa vården upplever en viss byråkrati i kontakten med KVH. Vi föreslår även här att samtal härom förs med syfte att underlätta kontakterna där så är möjligt. Vi är medvetna om att viss byråkrati krävs kring frågor om patientansvar.

Beträffande läkarstöd från primärvården är detta i hög grad avhängigt bemanning och intresse för palliativ vård. Vid vårdcentralen i Knislinge är bemanningssituationen god och intresse finns för palliativ vård. Vår bild är att läkarstödet här fungerar väl och att gränssnittsöverenskommelsen uppfylls.

Vårdcentralen i Broby drivs på uppdrag av Region Skåne av Caphio Citykliniken och har dålig läkarkontinuitet och ett bristande intresse för palliativ vård. Läkarna vid vårdcentralen gör inte hembesök och genomför inte brytsamtal. Enligt vår mening lever Caphio Citykliniken inte upp till vare sig gränssnittsöverenskommelsen eller det lokala avtalet om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Detta har tidigare påtalats från tjänstemannanivå. Vi föreslår att kommunstyrelsen/vård- och utbildningsutskottet med kraft påtalar detta för Region Skåne respektive Caphio Citykliniken med krav att en förändring snarast kommer till stånd.

Som tillägg till vad ovan sägs om icke genomförda brytsamtal kan tilläggas att patienter alltför ofta överförs från sjukhusen för palliativ vård i kommunens vård utan att brytsamtal skett. Vi är medvetna om att i en del fall kan samtal ha förts utan att patienten och dess anhöriga kunnat ta till sig budskapet. En notering i patientens journal ska alltid ske och information ska överföras till primärvården och kommunens hemsjukvård.

På uppdrag av Region Skåne och enligt särskilt avtal utför Carema Primärvård AB telefonkonsultationer och akuta läkarbesök med läkarbil i patienters hem och i särskilda boenden i hela Skåne. För den basala palliativa vården är utnyttjande främst aktuellt under jourtid. Inledningsvis uppstod diskussion huruvida avtalet omfattade patienter i palliativ vård. Sedan förtydliganden gjorts till avtalet framgår nu att avtalet omfattar personer i enskilt boende, i särskilt boende samt barn och verksamheten fungerar nu tillfredsställande.

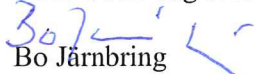
5. Sammanfattande kommentarer och förslag till åtgärder

Vår bild är att samverkan mellan den basala kommunala palliativa vården och KVH fungerar väl med undantag för några områden där förbättringar kan ske. Motsvarande gäller även primärvårdens läkarstöd till den basala kommunala palliativa vården från Knislinge vårdcentral. Däremot uppfylls inte gränssnittsöverenskommelsen vad avser läkarstöd från primärvården i Broby till kommunens basala palliativa vård och inte heller uppfylls avtalet om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

Med utgångspunkt från vår granskning föreslår vi följande:

- Att kommunstyrelsen/omsorgs- och utbildningsutskottet med kraft påtalar för Region Skåne att gränssnittsöverenskommelsen vad avser läkarstöd från primärvården i Broby inte efterlevs
- Att regionen uppmanas att påtala för sjukhusen att brytsamtal ska vara genomfört när patient överförs till kommunen för palliativ vård samt
- Att initiativ tas till samtal med KVH om de förbättringsområden som omnämns i rapporten.

KPMG AB dag som ovan


Bo Järnbring
Seniorkonsult