

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN****Datum/tid:** 2017-03-02 kl kl 09.30-12.00.  
Lunch serveras kl 12.00**Plats:** Rådhus Skåne, Kristianstad  
Lokal: Rum 114 (regionstyrelserummet)  
**OBS! Var vänlig anmäl dig i receptionen!****Ärenden**

- 1 Justering**
- 2 Palliativ vård kopplat till kvalitetsregister** ./.  
*Bengt Sallerfors och Maria Schelin*
- 3 Regional arbetsfördelning**  
*Margareta Albinsson*
- 4 Nationell kunskapsstyrning**
- 5 Aktuell information från Region Halland**
- 6 Statsbidrag Regionalt cancercentrum Syd (RCC)** ./.
- 7 Kommittén för Klinisk behandlingsforskning – ersättare för Martin Laurell** ./.
- 8 Anmälningsärenden (handlingarna finns tillgängliga vid sammanträdet) (SRVN)** ./.
  - 1** Regionala medicinska kunskapsgrupper, minnesanteckningar  
Barn och ungdomars hälso- och sjukvård 2016-12-01  
Hjärta/Kärl 2016-10-27 och 2016-12-08  
Nervsystemets sjukdomar 2016-12-05  
Njursjukdomar och regionalt chefssamråd 2016-02-17,  
2016-06-01, 2016-09-21, 2016-11-23  
Palliativ vård 2016-11-22  
Samverkan kunskapsgrupp Palliativ vård och Regional patientprocess Lungcancer  
Rörelseorganen 2016-11-21

- 2 Regional medicinsk resursgrupp, minnesanteckning  
Allmänmedicin 2016-11-23
  
- 3 Regionalt chefssamråd, minnesanteckningar  
Barnsjukvård inkl neonatologi och barnkirurgi 2016-11-18  
Infektionsmedicin 2016-11-17  
Obstetrik och Gynekologi 2016-12-02  
Ortopedi rapport 2015-2016

## 9 Övrigt

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-03-02****Palliativ vård kopplat till kvalitetsregister**

Bengt Sallerfors, medicinsk rådgivare, Palliativt utvecklingscentrum och Maria Schelin, epidemiolog, ERC Syd informerade om palliativ vård kopplat till kvalitetsregister.

Den regionala kunskapsgruppen (RMK) för palliativ vård har genomfört ett utredningsarbete med det övergripande syftet att stödja en utveckling av likvärdig palliativ vård, att höja lägsta nivåerna och att minska variationerna i Södra sjukvårdsregionen. En delrapport gällande 2015 presenterades i juni 2016.

Efter en framställan till Svenska Palliativregistret har avidentifierad data avseende alla observationer 2015 från de fyra regionerna/landstingen i Södra sjukvårdsregionen erhållits. Detta uttag omfattar cirka 60 variabler på närmare 12000 patienter. Epidemiologiskt Registercentrum Syd (ERC) har tillsammans med Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne sammanställt och analyserat data från registret samt utarbetat en slutrapport februari 2017. Rapporten finns publicerad på Södra Regionvårdsnämndens webbplats, [www.sodrasjukvardsregionen.se](http://www.sodrasjukvardsregionen.se)

I ärendet förelåg skrivelse 2017-02-20 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** rekommendera respektive huvudman att utifrån rapportens resultat
- hantera "vet ej" svar
  - genomföra en analys av de egna resultaten som grund för förbättringsarbetet och för att höja lägstanivån
- att** i övrigt lägga rapporterna till handlingarna.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-02-20, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## Palliativ vård kopplat till kvalitetsregister

Södra Regionvårdsnämnden beslutar rekommendera respektive huvudman

1. Att utifrån rapportens resultat
  - hantera "vet ej" svar,
  - genomföra en analys av de egna resultaten som grund för förbättringsarbetet och för att höja lägstanivån
2. I övrigt lägga rapporten till handlingarna.

### Bakgrund

Den regionala kunskapsgruppen (RMK) för palliativ vård beslutade i november 2015 att genomföra ett utredningsarbete med det övergripande syftet att stödja en utveckling av likvärdig palliativ vård, att höja lägsta nivåerna och att minska variationerna i Södra sjukvårdsregionen. En delrapport gällande 2015 av den specialiserade palliativa vårdens struktur och organisation, produktion, medarbetare och kompetens, samverkan och kvalitet presenterades juni 2016 och finns publicerad på Södra Regionvårdsnämndens (SRVN) webbplats.

Rapporten visade stora skillnader såväl gällande organisation & struktur, produktion, bemanning & kompetens, samverkan och kvalitetsarbete. Orsakerna är många och inkluderar olikheter i uppdrag, samverkansformer och kunskapsstöd. Då rapporten endast översiktligt beskrev vårdkvalitet beslutade RMK att göra en fördjupning avseende kvalitetsresultaten. Efter en framställan till Svenska Palliativregistret har avidentifierad data avseende alla observationer 2015 från de fyra regionerna/landstingen i Södra sjukvårdsregionen erhållits. Detta uttag omfattar cirka 60 variabler på närmare 12000 patienter. Epidemiologiskt Registercentrum Syd (ERC) har tillsammans med Palliativ Utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne sammanställt och analyserat data från registret samt utarbetat en slutrapport februari 2017.

### Huvudsakliga slutsatser:

- Utfallet av svar "vet ej" visar betydande skillnader mellan regioner/landsting. En stor andel av dessa svar är problematisk och indikerar ett behov av kompetensutveckling. För detta kan rapportens resultat utgöra ett underlag för de insatser som behövs.
- Fördelningen av dödsfall per vårdform registrerade i Svenska Palliativregistret motsvarar till stora delar det sätt som den specialiserade palliativa vården är organiserad. Undantag finns vilka behöver bli föremål för lokal analys för att möjliggöra en korrekt registeruppföljning.

- Samtliga regioner/landsting har styrkor och svagheter. En lokal analys av de egna resultaten har möjligheter att utgöra ett stöd både för eget förbättringsarbete och för ömsesidigt erfarenhetsutbyte.
- Data från Svenska Palliativregistret visar inte något mönster talande för att någon enskild region/landsting i Södra sjukvårdsregionen har en bättre samlad vårdkvalitet av vården i livet slutskede. Detta är anmärkningsvärt med tanke på de skillnader som finns vad gäller organisation och resurser inom den specialiserade palliativa vården och behöver beaktas vid beslut om utvecklingen av vårdformerna för palliativ vård.

Rita Jedlert  
Direktör

# **Rapport: Specialiserad palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

**Ansvarig regional kunskapsgrupp:**  
Regionala medicinska kunskapsgruppen för palliativ vård

juni 2016

## **Rapport:**

# **Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

**Regionala medicinska kunskapsgruppen för palliativ vård, juni 2016**

### **Bakgrund**

Den palliativa vårdens uppdrag är att erbjuda alla patienter en likvärdig vård, oavsett diagnos, ålder och bostadsort. Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård är sådan vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens. Allmän palliativ vård ska kunna ges inom både den kommunala omsorgen och inom alla delar av hälso- och sjukvården. Vårdformerna inom den specialiserade palliativa vården inkluderar huvudsakligen palliativ slutenvård (hospice), avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och palliativa konsultteam.

Det finns en ökad efterfrågan av tillgång till palliativ vård, att kunna tillhandahålla denna allt tidigare i sjukdomsskedet, att öka kompetensen och inte minst att förbättra kommunikation och samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän. I början av 2014 presenterades som en del av Regionalt Cancercentrum Syds (RCC Syd) arbete rapporten ”Palliativ vård med fokus på cancer i södra sjukvårdsregionen”. Denna beskrev översiktligt de palliativa verksamheterna i Skåne, Halland, Blekinge och Kronoberg. Ett antal utvecklingsområden identifierades inkluderande ökad anslutning till Svenska palliativregistret, ökad kunskap, ökad tillgång till palliativ konsultfunktion och tidigare anslutning till specialiserad palliativ vård. I den processöversikt som RCC Syds regionala patientprocessledare bidrog till i augusti 2015 framfördes brister såsom resursbrister, svårighet att nå tidig anslutning, suboptimal interaktion med den palliativa vården och bristande samordning. Dessa uppfattade brister bedömdes till vissa delar kunna bero på oklarheter kring den specialiserade och allmänna palliativa vårdens organisation och uppdrag samt osäkerhet om innebörden av specialiserad respektive allmän palliativ kompetens.

Den regionala kunskapsgruppen (RMK) för palliativ vård bildades hösten 2014. Efter inledande diskussioner enades gruppen november 2015 om att genomföra ett utredningsarbete med det övergripande syftet att stödja en utveckling av likvärdig palliativ vård, att höja lägsta nivåerna och att minska variationerna i Södra sjukvårdsregionen. Ett inriktningsbeslut fattades att göra utredningen som ett projekt i tre steg; en nulägesbeskrivning av den specialiserade palliativa vården, en beskrivning av den palliativa vården i några valda patient processer och med utgångspunkt från dessa en fördjupad analys syftande till ett förslag till strategi hur bästa möjliga kunskap om palliativ vård kommer patienter och närstående till godo. Undertecknad utsågs till projektledare med som första uppdrag att utarbeta en projektplan. Denna liksom en

preliminär rapport av resultaten presenterades och godkändes vid kunskapsgruppens möte den 8 mars. Ett förslag till rapporten presenterades vid kunskapsgruppens möte den 31 maj varefter de slutliga synpunkterna inhämtats. Med denna bakgrund föreligger nu denna rapport ”Specialiserad Palliativ vård i Södra Sjukvårdsregionen 2015”.

## Metodologi

Kunskapsgruppen har utgjort en resurs för arbetet både för datainsamling, validering och analys. Målsättningen har varit att integrera inkomna muntliga och skriftliga synpunkter från gruppen. Rapporten är avsiktligt deskriptiv med syftet att bilda ett underlag till de övergripande slutsatser som avses att göras i steg tre; framtagande av en strategi för specialiserad palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen.

Nulägesbeskrivningen av den specialiserade vården i Södra sjukvårdsregionen begränsas till 2015 av två anledningar. För det första är uppgifterna aktuella och kan till vissa delar fås från aktuella sammanställningar och årsrapporter och för det andra påverkas rapporten i begränsad utsträckning av de senaste årens omorganisationer.

Uppgifter om befolkning och befolkningsutveckling har inhämtats från Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik, uppgifter om antalet dödsfall från Socialstyrelsen och de demografiska sammanställningarna från Södra Regionsvårdsnämnden (SRVN).

Uppgifterna om de fyra regionerna/landstingen har inhämtats genom intervjuer på plats med representanter från vardera huvudmannen. Kontaktpersoner har varit Tanja Kallenberg från Blekinge, Ingrid Kvist från Halland, Helene Reimertz från Kronoberg och Ingrid Vesterberg från Skåne. Frågor har skickas ut innan intervjun, en del data erhöles i samband med intervjutillfällena annat har behövts inhämtas i efterhand via kontaktpersonerna. Varje landsting/region ansvarar för att inlämnade data till denna rapport är korrekta. Sammanställningarna har vid flera tillfällen, senast maj 2016, återkopplats till kontaktpersonerna för faktagranskning. Frågorna har omfattat fem kategorier:

1. Struktur och Organisation: Skriftligt uppdrag, tilläggsuppdrag för kurativa insatser, antal orter med specialiserad palliativ vård, självständigt verksamhetsområde med egen verksamhetschef, organiserad till sjukhusverksamhetsområde (om ja vilket), organiserad till primärvården, antal vårdplatser palliativ slutenvård, antal ASIH-platser, antal konsultativa team, de konsultativa teamens sammansättning, egen beredskapsorganisation (ingen/partiell/heltäckande), anknuten till annan beredskapsorganisation (om ja vilken), dagsjukvård/öppenvård.
2. Produktion: Diagnosfördelning, vårdåtgärdsfördelning, åldersfördelning, kurativa insatser, (antal och åtgärder), antal vård dagar och antalet patienter i palliativ slutenvård, medelvårdtid palliativ slutenvård, antal vård dagar och antalet patienter i ASIH, medelvårdtid ASIH, antal konsultativa insatser, remittentfördelning, tid från remiss till inläggning/anslutning/konsult, vård av barn, palliativ cytostatikabehandling.

3. Medarbetare och Kompetens: Antal specialistläkare, antal sjuksköterskor, antal undersköterskor, antal rehab-personal och vilka yrkesgrupper, vakanser (om ja vilken kategori och antal), planering för ST-läkare i Palliativ medicin, FoUU-stöd, antal disputerade medarbetare, extern utbildning till andra vårdgivare.
4. Samverkan: Strukturerad samverkan med primärvård, kommuner, sjukhuskliniker, RCC Syds cancerprocesser, sammanhållen journal mellan kommuner och landsting/region.
5. Kvalitet: Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret, skriftliga rutiner för brytpunktsamtal, för närståendestöd, för behandling av smärta, validerade smärtskattningsinstrument, skriftliga rutiner för behandling av ångest, för behandling av rosslig andning, för behandling av illamående, för munhälsa, för trycksår, antal timmar internutbildning per vecka.

De data som inhämtats har sammanställts i tabeller för respektive struktur & organisation, produktion, medarbetare & kompetens, samverkan och för kvalitet, se tabell 2-6. Vårdens kapacitet, produktion och bemanning har i tabellerna utöver absoluta tal även angetts per 100 000 invånare och per 1000 dödsfall. I den löpande texten har relativa tal per tusen dödsfall genomgående använts.

Vissa uppgifter har inte kunnat erhållas då de antingen inte har registrerats, då de har registrerats i alltför begränsad omfattning eller då erforderlig utdata skulle kräva ett omfattande merarbete. Med komplett ASIH avses en heltäckande verksamhet som bedrivs med egen personal och till största delen har en egen beredskapsorganisation. För den vård i hemmet som inte uppfyller dessa krav har denna angetts som "specialiserad palliativ vård hemmet". Med "konsultativt team" avses en multiprofessionell grupp som ger vård i hemmen och/eller utför konsultativa insatser till annan vårdgivare. Huvuddiagnoserna har endast angetts som cancer eller annan sjukdom. Åldersfördelningen liksom tid från remiss till omhändertagande av patienten är på grund av olikheter i registreringen inte enhetligt angivna. Extern utbildning har endast översiktligt kunnat beskrivas. I samtliga landsting/regioner finns en självklar samverkan kring enskilda patienter. Med strukturerad samverkan med andra aktörer avses en regelbunden samverkan baserad på övergripande muntlig eller skriftlig överenskommelse. För egna skriftliga rutiner krävs att de antingen framtagits av enheten själv eller att de finns inom ramen för den lokala vårdgivaren.

Efter framställan till Svenska Palliativregistret har avidentifierad data avseende vårdkvalitet 2015 från de fyra regionerna/landstingen erhållits. Detta uttag omfattar cirka 60 variabler på närmare 12000 patienter. Med utgångspunkt från det avtal som SRVN har med Epidemiologiskt Registercentrum Syd (ERC) kommer ERC att göra en sammanställning på aggregerad nivå för respektive landsting/region inkluderande ett försök till nedbrytning till sjukhusnivå, specialiserad palliativ nivå och primärvård/kommunal nivå (måldatum 1 augusti). Denna sammanställning kommer sedan att analyseras och redovisas separat. Det torde finnas goda förutsättningar att kunna bryta kvalitetsregistrets data mot innehållet i denna rapport.

## **Demografi**

Behovet av palliativ vård är inte bara beroende av antalet invånare utan även av demografiska faktorer. Befolkningen ökar, från 2014 till 2015 med 1,1–1,4 procent i Södra

sjukvårdsregionens landsting och regioner. Som framgår av bild 1 och tabell 1 utgör de äldre en stor och växande andel av befolkningen. Andelen över 70 år var 2014 högst i Blekinge (16,4 %) följt av Kronoberg (14,6 %), Halland (13,8 %) och Skåne (13,4 %). Tidigare analyser av Vårdanalys har visat att flertalet personer mer än 65 år har minst en kronisk sjukdom och 2/3 har två eller fler kroniska sjukdomar. I Cancerfondens rapport 2016 beräknas att det jämfört med i dag år 2040 kommer att finnas dubbelt så många personer i Sverige, drygt 630 000, som lever med en cancerdiagnos som de fått under de senaste tio åren. En rimlig slutsats är att behovet av palliativ vård och palliativa insatser kommer att öka.

En parameter som självklart är av stor betydelse för den palliativa vården är antalet dödsfall. Dessa uppgick i Södra sjukvårdsregionen 2015 till 18131 (Blekinge 1687, Halland 2800, Kronoberg 1848 och Skåne 11797). Andelen dödsfall per totalantalet invånare var högst i Blekinge (1,08 %) följt av Kronoberg (0,97 %), Skåne (0,90 %) och Halland (0,89 %).

### **Specialiserad palliativ vård i Landstinget Blekinge**

Den palliativa vården ingår som en del av medicinkliniken vid Blekinge sjukhus och utgår från på två orter, Karlshamn och Karlskrona. För de till verksamheten anslutna patienterna har den palliativa vården det medicinska vårdansvaret. Det finns tio vårdplatser, fem i Karlshamn och fem i Karlskrona, för specialiserad palliativ slutenvård (5,9 per tusen dödsfall). Dessa platser finns vid medicinklinikens vårdavdelningar. Det finns ingen komplett ASIH men en kapacitet för 40 patienter i specialiserad palliativ vård i hemmet (23,7 per tusen dödsfall) där patienterna sköts i samverkan med kommunernas hemsjukvård. Det finns ett konsultativt team bestående av sjuksköterska och läkare. Möjlighet till akuta insatser av egen personal finns kontorstid. Övrig tid ansvarar primärvården för patienter i hemmet och sjukhuset för akutinläggningar och inneliggande patienter. Dagsjukvård kan erbjudas till enstaka patienter vid sjukhuset. Uppdraget är uteslutande palliativt, kurativa insatser görs inte.

Uppskattningsvis har mer än 80 procent av patienterna cancer och den palliativa vården omfattar endast vuxna patienter. Patienter med pågående palliativ cytostatikabehandling kan anslutas men behandlingen sker då vid onkologmottagningen som också har det medicinska ansvaret för behandlingen. I specialiserad palliativ slutenvård uppgick antalet vård dagar respektive antalet patienter per tusen dödsfall till 1128 respektive 63 och medelvårdtiden var 11,9 dygn. I den specialiserade palliativa vården i hemmet uppgick antalet vård dagar respektive antalet patienter per tusen dödsfall till 3690 respektive 74 och medelvårdtiden var 51 dygn. Konsultativa insatser till patienter som vårdas vid Blekinge sjukhus uppgick till 419 per tusen dödsfall, övriga konsultativa insatser kan inte redovisas. Remittentfördelningen är inte registrerad.

Antalet specialisläkare respektive sjuksköterskor är 1,8 respektive 7,1 per tusen dödsfall. Undersköterskor saknas i de palliativa teamen och behovet av rehab personal tillgodoses genom insatser från andra klinikers medarbetare. Till dessa kommer den vårdpersonal som krävs för de tio slutenvårdsplatserna men detta kan på grund av de blandade avdelningarna inte särredovisas. Det finns ingen planering för ST-läkare i palliativ medicin och man har en vakant specialisläkartjänst. Alla sjukskötersketjänster är bemannade. Det finns ingen

disputerad medarbetare och FoUU-stöd riktad till verksamheten saknas. Extern utbildning ges regelbundet till sjukhus, kommuner och högskola.

Den palliativa vården har en strukturerad samverkan med primärvården och de fem kommunerna men inte med RCC Syd:s cancerprocesser. Verksamheten har regelbundna möten med sjukhusets onkologmottagning. Sammanhållen journal mellan kommuner och landsting saknas.

Skriftliga rutiner och då inom ramen för Blekinge sjukhus finns i begränsad omfattning. För munhälsa och för trycksår finns de integrerade till journalsystemet.

För detaljer, se tabell 2-6.

### **Specialiserad palliativ vård i Region Halland**

Den palliativa vården ingår dels som en del av kirurgkliniken vid Hallands sjukhus och dels som en del av Hallands sjukhus Kungsbacka. Den specialiserade palliativa vården finns som palliativa konsultteam (PKT) på fyra orter, Halmstad, Falkenberg, Varberg och Kungsbacka. Det medicinska vårdansvaret gäller kontorstid de patienter som vårdas vid Kungsbackas slutenvårdsplatser samt speciella patientfall med behov av avancerad hemsjukvård, för övrigt är verksamheten konsultativ. Slutenvården av patienter med specialiserat palliativt vårdbehov är integrerad med den övriga slutenvård som bedrivs vid Hallands sjukhus. Det finns dessutom åtta vårdplatser för allmän palliativ vård i Falkenberg som har ett Hallandsuppdrag och för vilka närsjukvården har det organisatoriska ansvaret. Majoriteten av patienterna på denna enhet remitteras från PKT och kommer från det geografiska närområdet.

Det finns ingen komplett ASIH och inte heller någon specialiserad palliativ vård i hemmet men 20 procent av de konsultativa insatserna görs till patienter som vistas i hemmet. Övriga 80 procent är konsultativa insatser till patienter som vårdas på Hallands sjukhus. För de konsultativa insatserna finns fyra konsultativa team bestående av sjuksköterska och läkare samt kurator vid behov. Viss möjlighet till akuta insatser av egen personal finns kontorstid. I övrigt ansvarar primärvården för patienter i hemmet och sjukhuset för akutinläggningar och inneliggande patienter. Dagsjukvård kan erbjudas vid sjukhusets mottagningar tillhörande den klinik som vårdar patienten. Uppdraget är uteslutande palliativt, kurativa insatser görs inte.

Huvuddiagnoserna är inte komplett registrerade men majoriteten av patienterna uppges ha cancer. Konsultativa insatser görs för alla åldrar, även för barn. Visst stöd för palliativa subkutana cytostatika injektioner kan ges till patienter som vistas i hemmet. De konsultativa insatserna omfattar 1200 per tusen dödsfall. Drygt 40 procent av den specialiserade palliativa vårdens konsulter remitteras från kirurgkliniken, medicinkliniken är den näst största remittenten. Lungsektionen vid medicinkliniken och urologkliniken står för vardera cirka 15 procent.

Antalet specialistläkare respektive sjuksköterskor är 2,6 respektive 5,3 per tusen dödsfall. Undersköterskor saknas och behovet av rehab personal tillgodoses huvudsakligen genom insatser från rehabiliteringskliniken. Det finns ingen planering för ST-läkare i palliativ

medicin och man har inga vakanta tjänster. Det finns en disputerad medarbetare och FoUU-stöd till verksamheten ges huvudsakligen i form av koordinering av utbildningsinsatser. Det pågår ett program för utbildning i allmän palliativ vård som 2015 omfattade mer än 300 personer fördelade på åtta tillfällen.

Den palliativa vården har en strukturerad samverkan med primärvården och de sex kommunerna samt med RCC Syds respektive Västs cancerprocesser men inte med sjukhusets kliniker. Sammanhållen journal mellan kommuner och landsting saknas.

Skriftliga rutiner finns inom ramen för Hallands sjukhus och omfattar brytpunktsamtal, närståendestöd, symtomlindring och processen för återinläggning (öppen retur).

För detaljer, se tabell 2-6.

### **Specialiserad palliativ vård i Region Kronoberg**

Den palliativa vården ingår som en del av onkologkliniken Kronoberg och utgår från två orter, Ljungby och Växjö. För de till verksamheten anslutna patienterna har den palliativa vården det medicinska vårdansvaret. Det finns inga vårdplatser för specialiserad palliativ slutenvård. Det finns ingen komplett ASIH men en kapacitet för 60 patienter i specialiserad palliativ vård i hemmet (32,5 per tusen dödsfall). Patienter i hemmet sköts med stöd av väl integrerade kommunala vårdinsatser. Det finns fem konsultativa team bestående av sjuksköterska och distriktssköterska med läkare vid behov. Möjlighet till akuta insatser av egen personal finns kontorstid. Övrig tid ansvarar primärvården för patienter i hemmet och sjukhuset för akutinläggningar och inneliggande patienter. Kurativa insatser kan utföras men utgör en liten del.

92 procent av patienterna har cancer och den palliativa vården omfattar endast vuxna patienter. Patienter med pågående cytostatikabehandling kan anslutas men behandlingen sker då vid respektive sjukhusklinik som också har det medicinska ansvaret för behandlingen. I den specialiserade palliativa vården i hemmet uppgick antalet vårddagar respektive antalet patienter per tusen dödsfall till 10295 respektive 140 och medelvårdtiden var 80 dygn. Konsultativa insatser ges som faktiska patientkontakter i en mycket begränsad omfattning. Däremot har verksamheten en regelbunden telefonrådgivning till andra vårdgivare. Majoriteten av patienterna, 35 procent remitteras från onkologkliniken. Ytterligare 26 procent kommer från medicinkliniken och lika många från kirurgkliniken.

Antalet specialistläkare respektive sjuksköterskor är 2,3 respektive 3,8 per tusen dödsfall. Det finns en kurator inom den palliativa verksamheten. Undersköterskor saknas och behovet av övrig rehab personal tillgodoses genom insatser från andra klinikers medarbetare och från kommunerna. Det finns ingen planering för ST-läkare i palliativ medicin och man har inga vakanta tjänster. Det finns ingen disputerad medarbetare. FoUU-stöd från Palliativt Centrum ges till verksamheten och tre medarbetare från den palliativa enheten är knutna till centrat på deltid. En stor arbetsuppgift är den pågående utbildningen inom allmän palliativ vård vilken omfattar samtliga medarbetare inom både kommunerna och hälso- och sjukvården.

Den palliativa vården har en strukturerad samverkan med den kommunala hemsjukvården i de åtta kommunerna men inte med sjukhusets kliniker eller med RCC Syd:s cancerprocesser. Det finns en sammanhållen journal mellan fem kommuner och regionen.

Skriftliga rutiner finns inom ramen för sjukhuset och för läkemedel finns rekommendationer integrerade i den elektroniska journalen.

För detaljer, se tabell 2-6.

### **Specialiserad palliativ vård i Region Skåne**

Den specialiserade palliativa vården organiseras i tre självständiga verksamhetsområden alla ingående i primärvårdsdivisionen i förvaltning Skånevård Kryh. Skånes verksamhet utgår från åtta orter varav sex (Helsingborg, Kristianstad, Lund, Malmö, Trelleborg och Ystad) har både palliativ slutenvård och ASIH medan två (Hässleholm och Ängelholm) har uteslutande ASIH. Den palliativa vården har det kompletta medicinska vårdansvaret för både inläggande patienter på de palliativa vårdavdelningarna och för de anslutna patienterna i hemmet. Det finns 80 vårdplatser för specialiserad palliativ slutenvård (6,8 per tusen dödsfall) och 286 platser för komplett ASIH (24,2 per tusen dödsfall). Det finns konsultativa team utgående från alla åtta enheterna. Dessa är inbördes något olika och består av sjuksköterska och läkare, sjuksköterska och läkare vid behov eller enbart läkare. Egna läkarberedskapsorganisationer finns med undantag av Ystad och Trelleborg där akuta insatser utanför kontorstid görs av kirurgkliniken respektive medicinkliniken. Den specialiserade palliativa vårdens uppdrag omfattar även kurativa insatser men dessa utgör, jämfört med de palliativa, en mindre del. Öppenvårdsinsatser, både palliativa och kurativa, görs av alla enheter och benämns ”punktinsatser”. Dagsjukvård finns i form av ett utvecklingsprojekt i Ängelholm.

62 procent av patienterna har cancer som huvuddiagnos och vården omfattar såväl barn som vuxna. Pågående begränsad palliativ cytostatikabehandling utgör inget hinder för anslutning. I specialiserad palliativ slutenvård uppgick antalet vård dagar respektive antalet patienter per tusen dödsfall till 1962 respektive 110 och medelvårdtiden var 14 dygn. I den kompletta ASIH uppgick antalet vård dagar respektive antalet patienter per tusen dödsfall till 8930 respektive 257 och medelvårdtiden var 55,7 dygn. Konsultativa insatser uppgick till 1092 per tusen dödsfall. Remittentfördelningen liksom väntetiderna kan inte anges.

Antalet specialistläkare respektive sjuksköterskor är 3,2 respektive 23,3 per tusen dödsfall. Antalet undersköterskor uppgår till 5,8 per tusen dödsfall. Det finns 2,5 rehab personal per tusen dödsfall bestående av nio kuratorer, åtta arbetsterapeuter, tre dietister och tio fysioterapeuter. Därtill finns 16 sekreterare anställda inom palliativ vård. Det finns en planering för ST-läkare i palliativ medicin under ledning av en studierektor med ett deltidsuppdrag. Det finns inga vakanser inom verksamheten. Det finns två disputerade medarbetare i den kliniska verksamheten och FoUU-stöd till verksamheten ges genom Palliativt Utvecklingscentrum. Nära samverkansformer ger ett stöd för en systematisk integrering av FoUU-frågor i kliniken. Extern utbildning ges regelbundet från den kliniska verksamheten men det finns lokala variationer och volymen kan inte redovisas.

Den palliativa vården har en strukturerad samverkan med kommunerna men inte på motsvarande sätt med sjukhusen och endast i ringa omfattning med primärvården. Samverkan med RCC Syd:s cancerprocesser sker inom ramen för det regionala och de lokala canceråren och till viss del genom den samverkan som finns med sjukhusen. Sammanhållen journal mellan kommuner och landsting saknas.

Skriftliga rutiner i den egna verksamheten finns i stor omfattning.

För detaljer, se tabell 2-6.

### **Sammanfattning**

Den specialiserade palliativa vården i Södra sjukvårdsregionens olika landsting/regioner uppvisar likheter men också betydande olikheter. Grundläggande strukturella förutsättningar skiljer sig åt inte minst genom att Skåne har närmare 70 procent av det samlade antalet invånare. Antalet kommuner varierar, från fem i Blekinge till 33 i Skåne. Gemensamt är att den äldre befolkningen ökar. Andelen invånare mer än 70 år utgjorde år 2014 13,4-16,4 procent av befolkningen och andelen dödsfall år 2015 0,89–1,08 procent av befolkningen i de fyra regionerna/landstingen.

Endast i Skåne är den specialiserade palliativa vården organiserad som självständiga verksamhetsområden och endast i Skåne tillhör den organisatoriskt primärvården. I de övriga regionerna/landstingen är den specialiserade palliativa vården organiserad inom någon av sjukhusens kliniker.

Det relativa antalet specialiserade palliativa vårdplatser per tusen dödsfall är något högre i Skåne än i Blekinge. I Halland och i Kronoberg saknas specialiserade palliativa slutenvårdsplatser men i Halland finns vårdplatser för allmän palliativ vård organiserade inom närsjukvården. Endast i Skåne finns det en komplett ASIH, i Blekinge och Kronoberg bedrivs avancerad sjukvård i hemmet i nära samverkan med kommunerna och till en stor del med hjälp av kommunalt anställda. I relativa tal har Kronoberg störst kapacitet jämfört med Blekinge och Skåne båda med cirka 75 procent därav. Halland har en helt konsultativ verksamhet och saknar jämförbar sjukvård i hemmet. Cirka 20 procent av de konsultativa insatserna görs dock till patienter i hemmet men med vårdansvaret hos andra vårdgivare. Skåne och i någon utsträckning Kronoberg utför även kurativa insatser medan detta inte görs i Blekinge och Halland.

Åldersfördelning, diagnoser och vårdåtgärder är uppgifter som varit svåra att få fram på ett jämförbart sätt. Att Skåne har en betydligt lägre andel cancer som huvuddiagnos beror rimligen till stor del på diagnossättningen av patienterna i öppenvård med en andel kurativa insatser. Det råder dock ingen tvekan om att de flesta patienter i den specialiserade palliativa vården har cancer och en hög medelålder.

Det relativa antalet vårddagar och antalet patienter i palliativ slutenvård är högst i Skåne och medelvårdtiden är 14 dygn. I Blekinge är det relativa antalet vårddagar och det relativa antalet patienter cirka 60 % av Skånes och vårdtiden drygt är två dygn kortare än i Skåne. I Halland

och i Kronoberg finns ingen specialiserad palliativ slutenvård. Det relativa antalet vårddagar för patienter som vårdas i hemmet är högst i Kronoberg. I jämförelse har Skåne drygt 85 procent och Blekinge drygt 35 procent av Kronobergs vårddagar. Det relativa antalet patienter som vårdas i hemmet är däremot närmare dubbelt så många i Skåne jämfört med Kronoberg och i Blekinge drygt hälften jämfört med Kronoberg. Det finns skillnader i medelvårdtiderna; 51 dygn i Blekinge, 56 i Skåne och 80 i Kronoberg. Rimligen är både beläggningsgrad, diagnosfördelning och vårdtyngd av betydelse men detta är inte registrerat på ett sådant sätt att det kan analyseras. Halland saknar jämförbar vård i hemmet. Det relativa antalet registrerade konsultativa insatser är högst i Halland strax följt av Skåne. I Blekinge är de knappt 40 procent jämfört med Halland och i Kronoberg är de ett fåtal.

Remittentfördelningen, som endast kan redovisas av Halland och Kronoberg, speglar att de flesta patienterna har någon form av cancerdiagnos. Den faktiska väntetiden för inläggning alternativt anslutning kan inte redovisas av någon men målsättningen är generellt att ha korta väntetider. Skåne och Halland utför palliativa insatser oavsett ålder medan Blekinge och Kronoberg inte vårdar några barn. Pågående begränsad palliativ cytostatikabehandling utgör inget hinder för vård vid palliativa vårdplatser eller sjukvård i hemmet men ordinationsansvar liksom oftast den faktiska behandlingen sker oftast vid annan klinik.

Det relativa antalet specialisläkare är högst i Skåne följt av Halland och Kronoberg medan antalet är lägst i Blekinge. Egen beredskapsorganisation finns i större delen av Skåne medan Blekinge, Halland och Kronoberg har möjlighet till akuta insatser med egen personal endast under kontorstid. Övrig tid ansvarar primärvårdens jourorganisation för de patienter som finns i hemmen och sjukhusens jourorganisation för ineliggande patienter och akutinläggningar. Det relativa antalet sjuksköterskor är väsentligt högre i Skåne, tre till sex gånger fler än övriga landsting/regioner. Näst flest relativa antal sjuksköterskor har Blekinge följt av Halland och Kronoberg. Undersköterskor finns endast i Skåne. För Blekinge tillkommer den vårdpersonal som är anställd inom den specialiserade palliativa slutenvården men detta kan på grund av de blandade avdelningarna inte särredovisas. Rehab personal inom den egna verksamheten finns praktiskt taget bara i Skåne medan övriga regioner/landsting med något undantag stödjer sig på personal från andra kliniker och/eller kommunerna. Det finns endast någon enstaka vakans inom den specialiserade palliativa vården. Såväl olikheter i uppdrag, organisation och samverkansformer med kommunerna bidrar till skillnader i bemanning mellan Skåne och övriga landsting/regioner.

Ett tydligt stöd av FoUU finns i Skåne genom Palliativt Utvecklingscentrum och i Kronoberg genom Palliativt Centrum. I Halland koordinerar och administrerar FoUU de pågående utbildningsinsatserna i allmän palliativ vård. Blekinges palliativa vård uppges sakna FoUU-stöd. I den kliniska verksamheten finns två disputerade medarbetare i Skåne samt en i Halland men inga i Blekinge och Kronoberg.

I samtliga regioner/landsting har den specialiserade palliativa vården en strukturerad samverkan med kommunerna men både bredd och djup varierar. Överenskommen samverkan med primärvård och sjukhuskliniker är inte lika tydlig och varierar mellan huvudmännen. Sammanhållen journal mellan sjukvården och kommunerna finns endast i Kronoberg som har en sådan med fem av de åtta kommunerna.

Förekomst av egna skriftliga rutiner för brytpunktsamtal, närståendestöd, smärtskattning, symtombehandling munhälsa och trycksår varierar. I Skåne finns de i stor omfattning och i Kronoberg har man integrerat läkemedelsrekommendationer i den elektroniska journalen. I Halland hänvisar man i stor utsträckning till de rutiner som finns inom ramen för Hallands sjukhus. I Blekinge finns egna rutiner eller rutiner inom ramen för sjukhuset i begränsad omfattning.

Nulägesbeskrivningen av den specialiserade palliativa vården i Södra sjukvårdsregionen 2015 visar stora skillnader såväl gällande organisation & struktur, produktion, bemanning & kompetens, samverkan och kvalitetsarbete. Orsakerna är många och inkluderar olikheter i uppdrag, samverkansformer och kunskapsstöd. Inom flera landsting och regioner finns en pågående diskussion om verksamhetsförändringar.

Rapporten saknar i stor omfattning en beskrivning av vårdkvalitet. Den sammanställning som ERC har uppdrag att göra av aggregerade data från Svenska Palliativregistret 2015 har goda förutsättningar att komplettera dessa, för helhetsbeskrivningen, nödvändiga aspekterna.

Likheter såväl som skillnader behöver beaktas för utformande av en realistisk strategi för hur bästa möjliga kunskap om palliativ vård ska kunna komma patienter och närstående till godo. Det är också viktigt att beakta de lokala skillnaderna i förutsättningar då man diskuterar implementering av regionövergripande uppdrag till den specialiserade palliativa vården.

Juni 2016

Bengt Sallerfors

Medicinsk rådgivare, docent

Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds Universitet och Region Skåne

	Ålder	Antal män	Antal kvinnor	Totalt
Skåne	90-100	3196	9139	
	80-89	21305	32005	
	70-79	50981	55864	
	70-100	75482	97008	<b>172490</b>
Halland	90-100	1035	2259	
	80-89	5703	8181	
	70-79	12709	13034	
	70-100	19447	23474	<b>42921</b>
Kronoberg	90-100	687	1211	
	80-89	3766	5426	
	70-79	8123	8438	
	70-100	12576	15075	<b>27651</b>
Blekinge	90-100	525	1185	
	80-89	3272	4538	
	70-79	7664	8161	
	70-100	11461	13884	<b>25345</b>

Tabell 1 Åldersfördelning Södra sjukvårdsregionen 2014

**Tabell 2 Organisation och struktur av Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

Variabler	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne
Befolkning 2014-12-31	154 157	310 665	189 128	1 288 908
Befolkning 2015-12-31	156 253 (+1,4 %)	314 784(+1,3%)	191 369 (+1,2 %)	1 303 627 (1,1 %)
Antal 70-100 år (2014)	25345 (16,4 %)	42921 (13,8 %)	27651 (14,6 %)	172490 (13,4 %)
Antal dödsfall 2015	1687 (1,08 %)	2800 (0,89 %)	1848 (0,97 %)	11796 (0,90 %)
Skriftligt uppdrag (tjänsteman/politiskt)	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Antal orter/antal kommuner	2/5	4/6	2/8	8/33
Eget verksamhetsområde	Nej	Nej	Nej	Ja
Organiserad till sjukhusklinik	Medicinkliniken, Blekinge sjukhus	Kirurgkliniken Hallands sjukhus (HS) + HS Kungsbacka	Onkologkliniken Kronoberg	Nej
Organiserad inom primärvården	Nej	Nej	Nej	Ja
Medicinskt vårdansvar inom palliativ vård	Ja	Vid HS Kungsbacka och i hemmet vid speciella patientfall	Ja	Ja
Särskilda vårdplatser för Specialiserad Palliativ slutenvård	10 (* 6,4 ** 5,9)	0 (8 för allmän palliativ vård inom närsjukvården)	0	80 (*6,1, **6,8)
Vårdplatser komplett ASIH	0	0	0	286 (*21,9, **24,2)
Kapacitet (antal patienter) för inskrivning för specialiserad palliativ vård i hemmet	40 (*25,6, **23,7)	0	60 (*31,3, **32,5)	Komplett ASIH, se ovan
Antal konsultativa team	1	4	5	8
Konsultativa teamens sammansättning	Sjuksköterska och läkare	Sjuksköterska+ läkare samt kurator efter behov	Läkare + Sjuksköterska + distriktssköterska alt Sjuksköterska+ distriktssköterska Kurator efter behov	Sjuksköterska eller sjuksköterska + läkare Rehab efter behov
Kurativa insatser	Nej	Nej	Ja	Ja
Egen läkarberedskapsorganisation	Kontorstid	Kontorstid	Kontorstid	Ja (exkl. Ystad o Trelleborg)
Anknuten till annan läkarberedskapsorganisation	Ja. Primärvård för patienter i hemmet resp. diagnosstyrd klinik vid sjukhuset	Ja. Primärvård för patienter i hemmet resp. diagnosstyrd klinik vid sjukhuset	Ja. Primärvård för patienter i hemmet resp. diagnosstyrd klinik vid sjukhuset	Ystad: Kir.klin. Trelleborg: Med.klin.
Dagsjukvård	Ja, enstaka patienter	Mottagning på Hallands sjukhus	Nej	Utvecklingsprojekt Ängelholm

\*per 100 000 invånare \*\* per 1000 dödsfall

**Tabell 3 Produktion Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

Variabler	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne
Huvuddiagnos (cancer-annan)	Uppskattningsvis >80 % cancer	Inte komplett registrerat	92 % cancer	62 % cancer
Vårdåtgärder	Inte komplett registrerat	Inte komplett registrerat	Inte komplett registrerat	Inte komplett registrerat
Åldersfördelning	25-90 år	Medel 72,3, Median 73,0	28-93 Median 75,0	Kan inte anges
Kurativa insatser	0	0	Inte registrerat	Inte registrerat
Vård dagar i specialiserad palliativ slutenvård	1904 (*1218, **1128)	0	0	23 144 (*1775, **1962)
Antal patienter i specialiserad palliativ slutenvård	107 (*68, **63)	0	0	1301 (*100, **110)
Medelvårdtid slutenvård	11,9	n.a.	n.a.	14,0
Vård dagar i komplett ASIH	n.a.	0	n.a.	105 338 (*8080, **8930)
Antal patienter i komplett ASIH	n.a.	0	n.a.	3027 (*232, **257)
Medelvårdtid ASIH	n.a.	n.a.	n.a.	55,7
Vård dagar i Specialiserad palliativ vård i hemmet	6226 (*3983, **3690)	0	19027 (*9943, **10295)	0
Antal patienter i Specialiserad palliativ vård i hemmet	125 (*80, **74)	0	259 (*135, **140)	n.a.
Medelvårdtid Specialiserad palliativ vård i hemmet	51,0	n.a.	80,0	n.a.
Antal konsultativa insatser	707. (*452, **419) Sjukhusvårdade patienter	3361. (*1068, **1200) 80 % på sjukhus, 20 % hembesök	13. (*6,7, **7,0) Regelbunden telefon-rådgivning	12 876 (*988, **1092) Både sjukhus och hem
Remittentfördelning	Inte registrerat	Kir 43 %, Medicin 31 %, Uro 14 %, Övr 12 %	Onk 35 %, Med 26 %, Kir 26 %, Övr 13 %	Kan inte anges
Tid från remiss till inläggning/ anslutning/ konsult	Målsättning <7 arbetsdagar	Målsättning <3 arbetsdagar till konsult	Median 8 dagar (görs först då pat. är i hemmet)	Kan inte anges
Vård av barn	Nej	Ja	Nej	Ja
Cytostatikabehandling	Ansluter patienter men de behandlas vid onkolog-mottagningen	Ja, subkutana cytostatika-injektioner i hemmet	Ansluter patienter men de behandlas vid respektive sjukhusklinik	Ja

\*per 100 000 invånare \*\* per 1000 dödsfall

**Tabell 4 Bemanning och kompetens Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

Variabler	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne
Antal specialtläkare	3,0 (*1,9,**1,8)	7,3 (*2,3,**2,6)	4,2 (*2,2,**2,3)	38 (*2,9,**3,2)
Antal sjuksköterskor	12 (*7,7,**7,1)	14,7 (*4,7,**5,3)	6,95 (*3,6,**3,8)	275 (*21,1,**23,3)
Antal undersköterskor	0	0	0	69 (*5,3,**5,8)
Antal rehab-personal	Kurator, dietist, fysioterapeut från annan klinik	Kurator, psykolog. Fysioterapeut o arbetsterapeut från annan klinik.	Kurator 1 (*0,5,**0,5) Dietist från sjukhus. Fysioterapeut och arbets- terapeut från kommuner	Kurator 9, arbetsterapeut 8, dietist 3, fysioterapeut 10 (*2,3,**2,5)
Övriga yrkeskategorier	Sekreterare 1,0	Sekreterare 0,75	Nej	Kock 3, vaktmästare 2, sekreterare 16
Vakanser (tot)	1 (läkare)	0	0	0
Planering ST Pall. Medicin	Nej	Nej	Nej	Ja
FoUU-stöd	Nej	FoUU Halland koordinerar utbildnings- insatser	Ja, Palliativt Centrum. Grundut- bildning, klinisk utveckling (0,4 läk + 0,5 ssk)	Ja, Palliativt Utvecklings- centrum
Antal disputerade	0	1	0	2
Internutbildning (tim/v)	< 1	<1	<1	3
Extern utbildning till andra vårdgivare	17 tillfällen á två timmar. Sjukhus, kommuner och högskola. F.ö. behovsstyrd	Allmän palliativ vård, totalt cirka 25 dagar. Koordineras av FoUU. Åtta tillfällen, 324 deltagare. F.ö. behovsstyrd	Allmän palliativ vård (15 dagar) Koordineras av Palliativt Centrum. F.ö. behovsstyrd	Ja, volymen kan inte redovisas

\*per 100 000 invånare \*\* per 1000 dödsfall

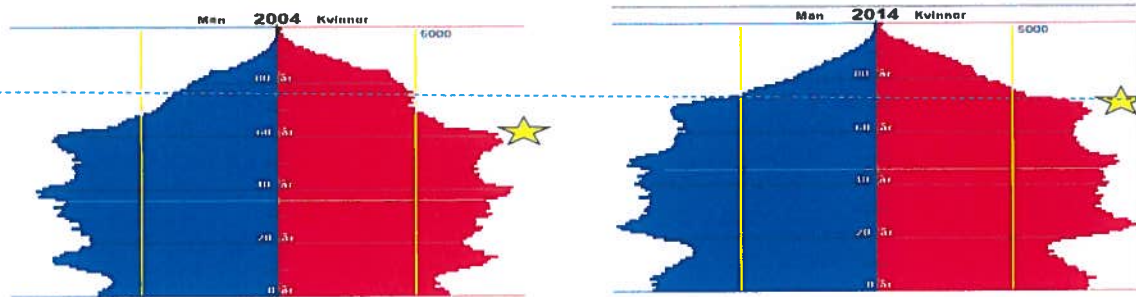
**Tabell 5 Samverkan Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

<b>Variabler</b>	<b>Blekinge</b>	<b>Halland</b>	<b>Kronoberg</b>	<b>Skåne</b>
Strukturerad samverkan med primärvården	Ja	Ja	Nej	Nej
Strukturerad samverkan med kommunerna	Ja	Ja	Ja	Ja
Strukturerad samverkan med sjukhusklinikerna	Regelbundna möten med onkolog-mottagningen	Nej	Nej	Deltagande vid ronder i varierad utsträckning
Strukturerad samverkan med RCC:s cancerprocesser	Nej	Ja, RCC Syd och RCC Väst	Nej	VC och DC i lok/reg cancerråd. Till viss del genom sjukhus-samverkan
Sammanhållen journal mellan landsting/region och kommuner	Nej	Nej	Ja, 5/8 kommuner	Nej

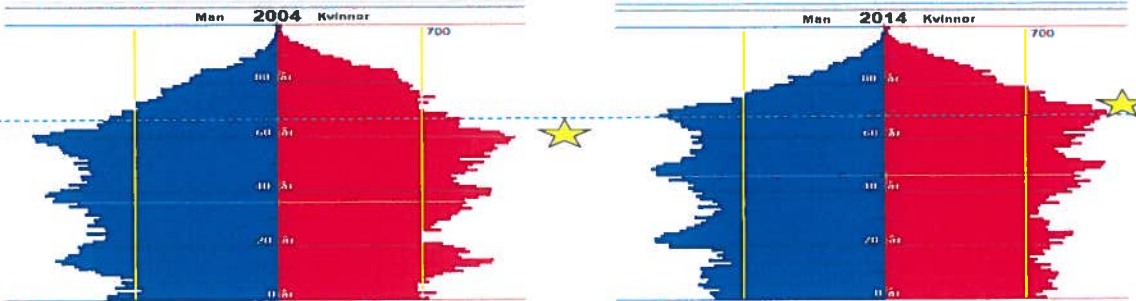
**Tabell 6 Kvalitet Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015**

Variabler	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne
Svenska Palliativregistret täckningsgrad	Kan inte anges	70 %	Kan inte anges	Kryh 92 %, Sund 94 %, SUS 93 %
Egna skriftliga rutiner för brytpunktsamtal	Inom ramen för medicinkliniken	Inom ramen för Hallands sjukhus	Mall i elektronisk journal	Ja
Egna skriftliga rutiner för närståendestöd	För barn inom ramen för Blekinge sjukhus	Inom ramen för Hallands sjukhus	Delvis	Ja
Egna skriftliga rutiner för behandling av smärta	Nej	Inom ramen för Hallands sjukhus och Region Halland	Läkemedelsrekommendation i den elektroniska journalen	Ja
Validerade smärt-skattningsinstrument	VAS, NRS och Abbey Pain Scale	VAS	NRS	VAS, Abbey Pain Scale, ESAS
Egna skriftliga rutiner för behandling av ångest	Nej	Inom ramen för Hallands sjukhus	Läkemedelsrekommendation i den elektroniska journalen	Ja
Egna skriftliga rutiner för behandling av rosslig andning	Nej	Inom ramen för Hallands sjukhus	Läkemedelsrekommendation i den elektroniska journalen	Ja
Egna skriftliga rutiner för behandling av illamående	Nej	Inom ramen för Hallands sjukhus	Läkemedelsrekommendation i den elektroniska journalen	Ja
Skriftliga rutiner för munhälsa	Integrerat i journal-systemet	Inom ramen för Hallands sjukhus	Inom ramen för sjukhuset och kommunerna	Ja
Skriftliga rutiner för trycksår	Integrerat i journal-systemet	Inom ramen för Hallands sjukhus	Inom ramen för sjukhuset och kommunerna	Ja

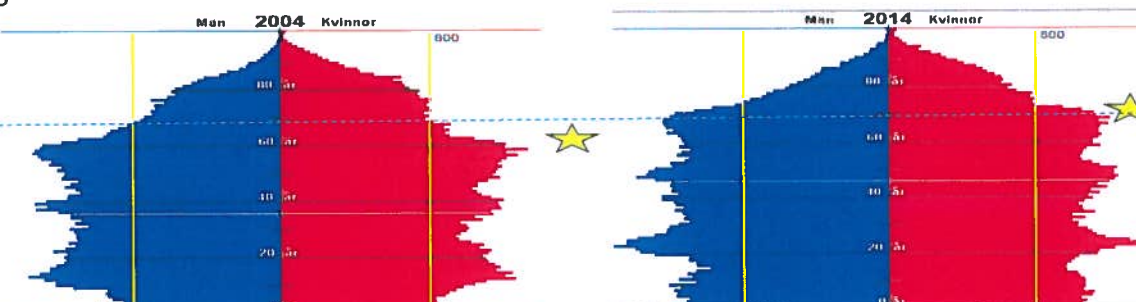
Skåne



Östergötland



Örebro



Västmanland

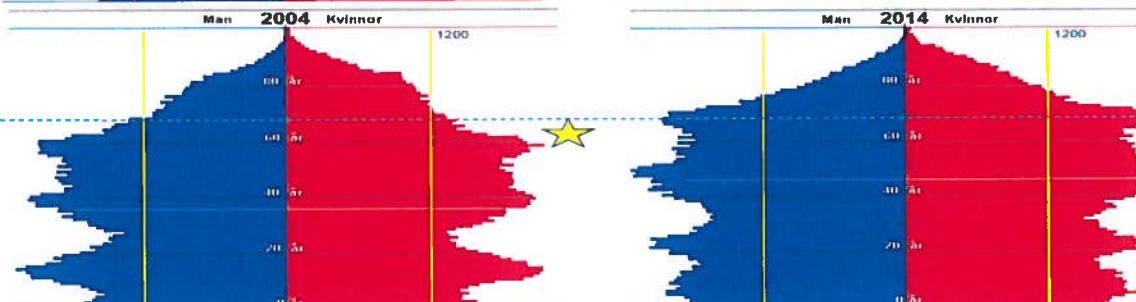


Bild 1 Demografi, Södra Sjukvårdsregionen, 2014

# **Slutrapport: Specialiserad palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen**

Vårdkvalitet inom palliativ vård  
i Södra sjukvårdsregionen 2015  
enligt data från Svenska Palliativregistret

**Ansvarig regional kunskapsgrupp:**  
Regionala medicinska kunskapsgruppen för palliativ vård

februari 2017

## Rapport:

# Vårdkvalitet inom palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015 enligt data från Svenska Palliativregistret

Regionala medicinska kunskapsgruppen för palliativ vård, februari 2017

## Bakgrund

Den regionala kunskapsgruppen (RMK) för palliativ vård beslutade i november 2015 att genomföra ett utredningsarbete med det övergripande syftet att stödja en utveckling av likvärdig palliativ vård, att höja lägsta nivåerna och att minska variationerna i Södra sjukvårdsregionen. En rapport, gällande 2015, av den specialiserade palliativa vårdens struktur och organisation, produktion, medarbetare och kompetens, samverkan och kvalitet presenterades juni 2016 och finns publicerad på Södra regionvårdsnämnden (SRVN):

<http://sodrasjukvardsregionen.se/kunskapsstyrning/regionala-medicinska-kunskaps-och-resursgrupper/rmk-palliativ-varld/>. Rapporten visade stora skillnader såväl gällande organisation & struktur, produktion, bemanning & kompetens, samverkan och kvalitetsarbete. Orsakerna är många och inkluderar olikheter i uppdrag, samverkansformer och kunskapsstöd.

Då rapporten endast översiktligt beskrev vårdkvalitet beslutade RMK att göra en fördjupning avseende kvalitetsresultaten. Efter framställan till Svenska Palliativregistret har avidentifierad data avseende alla observationer 2015 från de fyra regionerna/landstingen i Södra sjukvårdsregionen erhållits. Detta uttag omfattar cirka 60 variabler på närmare 12000 patienter. Med utgångspunkt från det avtal som SRVN har med Epidemiologiskt Registercentrum Syd (ERC) har ERC tillsammans med Palliativ Utvecklingscentrum vid Lunds Universitet och Region Skåne sammanställt och analyserat data från registret samt utarbetat denna rapport.

## Metodologi

Data från Svenska Palliativregistret är avidentifierad och omfattar samtliga de män och kvinnor i alla åldrar som registrerats 2015-01-01 - 2015-12-31 i Region Skåne, Region Halland (hela regionen), Landstinget Blekinge och Region Kronoberg.

I materialet utgör registreringar från den specialiserade palliativa vården 16,7 %, från kommunerna 46,3 % och från sjukhusen 37,0 %. Andelen registrerade patienter inom specialiserad palliativ vård varierar från 4,9 % i Region Kronoberg till 22,8 % i Region Skåne. Andelen registrerade patienter från kommunerna varierar från 41,6 % i Region Skåne till 56,8 % i Region Halland och från sjukhusen från 35,6 % i Regionerna Skåne och Halland till 44,8 % i Landstinget Blekinge.

Den totala täckningsgraden räknades ut genom att jämför Palliativvårdsregistret med det totala antalet personer avlidna under 2015 och folkbokförda i den södra sjukvårdsregionen, med data från Statens personadressregister på Skatteverket, via RCC Syd.

Alla statistiska test är gjorda med chi-square, nivån för statistisk signifikans sattes till 5 %. Okända svar i Svenska Palliativregistrets ”Dödsfallsenkät” (”vet-ej”) är i analysen av kvalitetsindikatorerna hanterade med s.k. compete-case-ansats, innebärande att enbart de observationer som har ett känt värde ingår i analysen, andelen okända svar rapporterats istället separat. Frågor som inte besvarats alls härrör sig från de personer som rapporterats ha avlidit oväntat, i dessa fall besvaras endast frågorna om trycksår vid dödsfallet, eftersamtal och närvaro vid dödsfallet. Vissa frågor i dödsfallsenkäten ska lämnas obesvarade då de genom svar på tidigare frågor inte längre är relevanta för just den observationen.

Datahantering och statistiska analyser är gjorda i SAS version 6.1.

Sammanställningen omfattar:

- a) Täckningsgrad och beskrivning av mängden saknad data (ej besvarat eller besvarat med ”vet ej”) per region/landsting.
- b) Urval av ett begränsat antal kliniskt relevanta indikatorer och beskrivning av dessa per region/landsting och per vårdnivå.
- c) Beskrivning av resultaten för alla indikatorer för avlidna per region/landsting.

De kliniskt relevanta indikatorerna togs fram genom att fem personer verksamma inom palliativ vård utan kännedom om registerdata fick göra ett urval. De individuella förslagen diskuterades och beslut fattades vid ett gemensamt möte att fokusera på svår smärta, smärtskattning, brytpunktsamtal, bedömning av munhälsa, närvarande vid dödsfallet samt dropp/sond sista dygnet.

Vårdnivå i rapporten har indelats i specialiserad palliativ vård (slutenvård och eget hem med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård), kommunal vård (särskilt boende/vård och omsorgsboende, korttidsplats, eget hem med stöd av palliativ hemsjukvård och eget hem med stöd av daglig kontakt med hemtjänst och annan) samt sjukhusavdelning (exkl. specialiserad palliativ slutenvård).

## Resultat

Rapportens resultat finns sammanställda i grafer och tabeller enligt nedanstående sidhänvisningar. Resultaten redovisas med utgångspunkt från rapportens intention att kunna vara ett verktyg för förbättringsarbete.

- Täckningsgrad 6
- Saknad data (väntade/oväntade dödsfall samt ”vet ej”-svar) 7
- Beskrivande data 9

- Analys
  - Sammanfattning av alla kvalitetsindikatorer per region/landsting 11
  - Urval av kliniskt relevanta indikatorer per region/landsting 12
  - Kliniskt relevanta indikatorer per vårdnivå i respektive region/landsting 16
- Appendix: beräkningar av övriga indikatorer per region/landsting 18

Rapportens nyckelresultat (med sidhänvisning där vissa av resultaten också finns uppdelade på specialiserad palliativ vård, kommunal omsorg och sjukhusvård):

- Den totala täckningsgraden var 66,9 %, 11 996 av 17 856 dödsfall
- 20-43 % av dödsfallsenkäten besvarades av arbetsgruppen, övriga besvarades av enskild medarbetare (23)
- Genomsnittet av mängden saknad data i det samlade materialet beroende på svarsalternativet ”vet ej” uppgår till 6,5 % (7-8)
- Fördelningen av rapporterade dödsfall per vårdform varierar mellan regioner/landsting (9)
- En minoritet av dödsfall hos barn registreras i Svenska Palliativregistret (10)
- De största skillnaderna i ”bästa” respektive ”sämsta” utfall mellan enskilda regioner/landsting är erbjudande om eftersamtal (13 %), andelen patienter som får brytpunktsamtal (12 %), avvikelse i munhälsa (15 %), dokumentation av munhälsa (13 %) och förekomst av ångest (11 %). (11)
- 39-51 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen fick inte brytpunktsamtal ( $p < 0.01$ ) (12, 16)
- 16-22 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade dropp eller sond sista dygnet ( $p < 0.01$ ) (12, 16)
- 17-19 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade ingen närvarande vid dödsfallet ( $p = 0.02$ ) (13, 16)
- 57-65 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen fick ingen validerad smärtskattning ( $p < 0.01$ ) (13, 17)
- 24-30 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade svår smärta ( $p = 0.02$ ) och för ytterligare 41-52 % besvarades frågan med ”vet ej” (14)
- 20-25 % patienterna i Södra sjukvårdsregionen fick ingen bedömning av munhälsan ( $p < 0.01$ ) (15, 17)
- 18-28 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade avvikelse i munhälsan ( $p < 0.01$ ) (15)
- 5-9 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade den senaste läkarundersökningen en månad eller mer före dödsfallet, 19-25 % en vecka/veckor före dödsfallet ( $p < 0.01$ ) (22)
- 22-30 % av patienterna i Södra sjukvårdsregionen hade ingen alls effekt av insatserna mot förvirring ( $p < 0.01$ ) (30)

## Diskussion

Analys av registerdata har både styrkor och svagheter. Att under en bestämd tidsperiod sammanställa och analysera data från ett bestämt geografiskt område ger möjlighet till jämförelser, generaliseringar och är i allmänhet mindre utsatt för selektionsproblem. En begränsning är att täckningsgraden endast är 67 % d.v.s. att data för en stor andel patienter saknas. Det finns emellertid skillnader mellan olika vårdformer. Den tidigare rapporten från RMK visade att andelen registrerade patienter inom den specialiserade palliativa vården i Region Skåne var mer än 90 %, andelen i de övriga regionerna/landstinget i Södra sjukvårdsregionen kunde dock inte anges. Liksom all registerdata är rutinerna för inrapportering av betydelse, de flesta av enkäterna har besvarats av enskild medarbetare. Ytterligare en begränsning är tolkningen av de frågor som besvarats med svarsalternativet ”vet ej”, något som särskilt redovisas i resultaten. Utfallet har en potential för identifiering av kompetensbrister men bör, som vi ser det, i analysen av kvalitetsindikatorerna särskiljas från svar med kända värden.

Materialet omfattar många indikatorer på ett stort antal patienter. Storleken gör att beräkningar inte sällan uppnår statistisk signifikans. Detta är inte nödvändigtvis liktydigt med att en skillnad har en klinisk relevans. Av dessa anledningar har vi med redovisad metodik gjort ett urval av indikatorer omfattande svår smärta, smärtskattning, brytpunktsamtal med patient, bedömning av munhälsa, närvarande vid dödsfallet samt dropp/sond sista dygnet. För dessa har utfallet redovisats avseende både regioner/landsting och vårdnivå. Beräkningarna av de övriga indikatorerna finns redovisade per region/landsting i ett appendix.

Vad gäller tolkningen av förekomst av smärta behöver detta kopplas till huruvida en smärtskattning utförts. En hög grad av smärtskattning ger också en högre förekomst av smärta vilket måste beaktas vid tolkningen av dessa data. Registrets indelning av underliggande sjukdomar, enskilda eller kombinationer, är enligt vår bedömning otillräckligt för en analys av diagnosens eventuella koppling till andra indikatorer. Andelen patienter som har ordination av symtomlindrande läkemedel vid behov är processindikatorer som inte sällan lyfts fram i olika sammanställningar. För vårdutveckling är emellertid resultatindikatorer av särskild betydelse. Att exempelvis en betydande andel av patienterna inte alls får någon lindring av förvirring är ett observandum liksom den förbättringspotential som finns vad gäller uppnådda effekter av insatta åtgärder för att lindra rosslighet, andnöd och illamående.

En tidigare rapport från RMK för palliativ vård har visat stora skillnader gällande den specialiserade palliativa vårdens organisation & struktur, produktion, bemanning & kompetens, samverkan och kvalitetsarbete 2015. Målsättningen att med denna rapport av kvalitetsdata analysera eventuella samband har visat sig vara komplex. Samband mellan exempelvis organisation och bemanning å ena sidan och kvalitetsutfallet för den specialiserade palliativa vården å andra sidan är inte så tydliga som kunde förväntats. Möjliga orsaker till detta är den inte sällan flytande gränsen mellan allmän och palliativ vård samt de betydande olikheter som finns gällande ansvarsfördelningen mellan den specialiserade palliativa vården och den kommunala omsorgen för patienter som vårdas i hemmet.

## Slutsatser

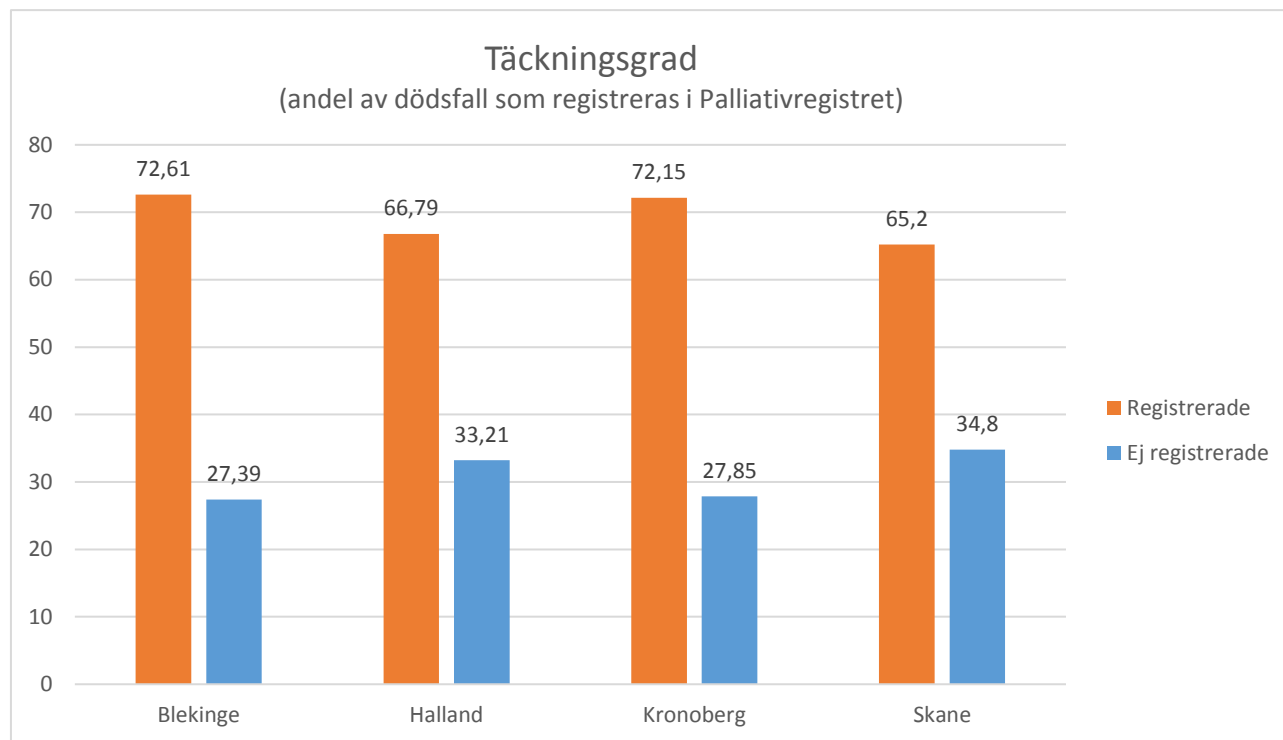
- Utfallet av svar ”vet ej” visar betydande skillnader mellan regioner/landsting. En stor andel av dessa svar är problematisk och indikerar ett behov av kompetensutveckling. För detta kan rapportens resultat utgöra ett underlag för de insatser som behövs.
- Fördelningen av dödsfall per vårdform registrerade i Svenska Palliativregistret motsvarar till stora delar det sätt som den specialiserade palliativa vården är organiserad. Undantag finns vilka behöver bli föremål för lokal analys för att möjliggöra en korrekt registeruppföljning.
- Samtliga regioner/landsting har styrkor och svagheter. En lokal analys av de egna resultaten har möjligheter att utgöra ett stöd både för eget förbättringsarbete och för ömsesidigt erfarenhetsutbyte.
- Data från Svenska Palliativregistret visar inte något mönster talande för att någon enskild region/landsting i Södra sjukvårdsregionen har en bättre samlad vårdkvalitet av vården i livet slutskede. Detta är anmärkningsvärt med tanke på de skillnader som finns vad gäller organisation och resurser inom den specialiserade palliativa vården och behöver beaktas vid beslut om utvecklingen av vårdformerna för palliativ vård.

Lund februari 2017

Bengt Sallerfors  
Palliativt Utvecklingscentrum  
Lunds Universitet och Region Skåne

Maria Schelin  
Epidemiologi och Registercentrum Syd  
Region Skåne

## Täckningsgrad

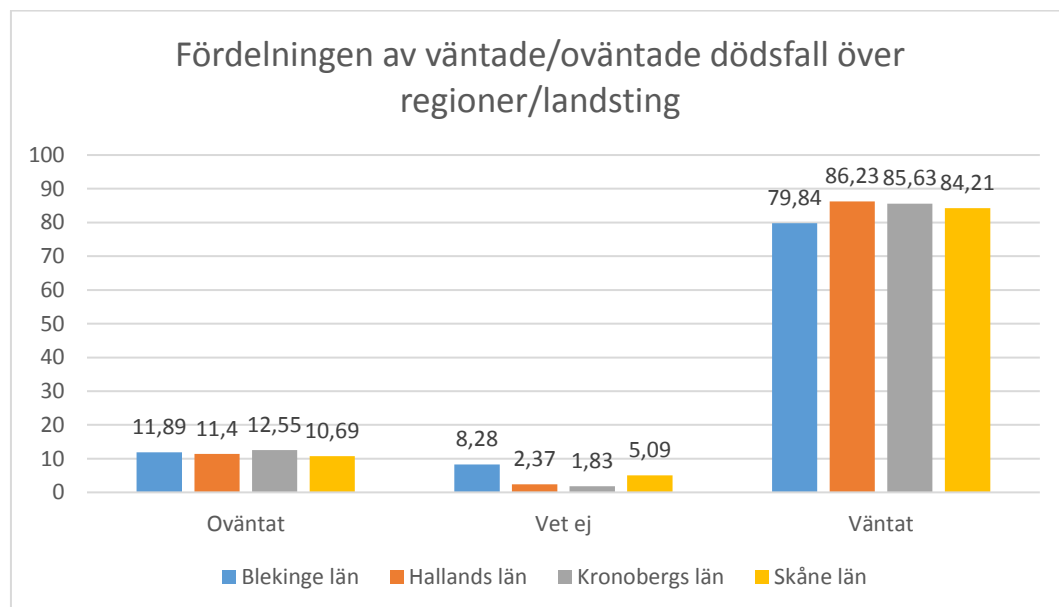
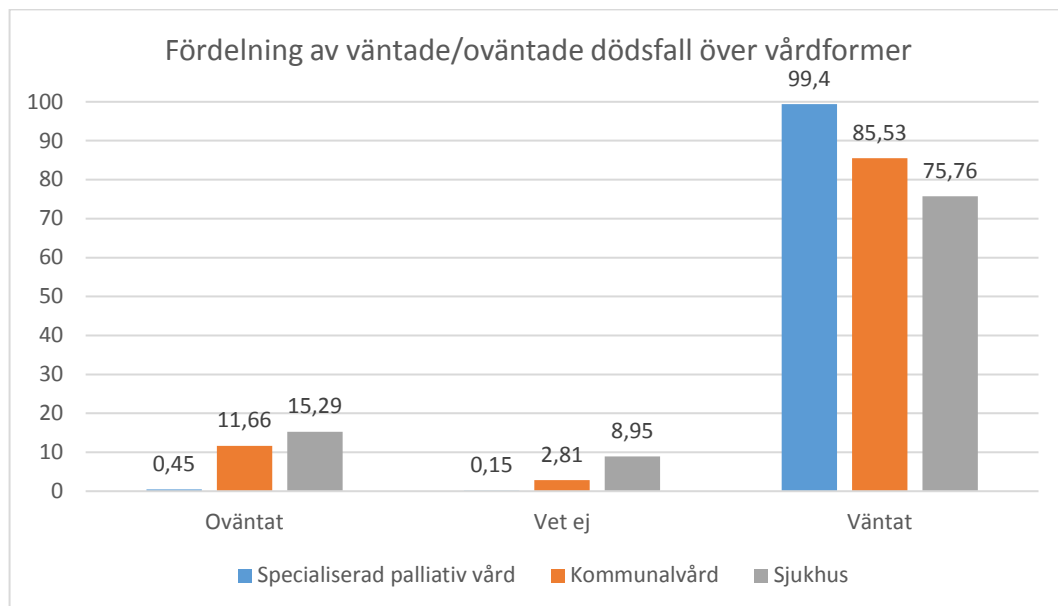


Blekinge/Kronoberg har en signifikant högre täckningsgrad än Skåne/Halland (Skåne och Halland är inte statistiskt säkerställt skilda åt, inte heller Blekinge och Kronoberg, däremot de två grupperingarna sinsemellan).

(Skåne – Halland:  $p=0,11$ , Skåne – Kronoberg:  $p<0,01$ , Skåne – Blekinge:  $p<0,01$ , Blekinge – Halland:  $p<0,01$ , Blekinge – Kronoberg:  $p=0,76$ )

## Saknad data

Genomsnittet av mängden saknad data i det samlade materialet beroende på svarsalternativet "vet ej" uppgår till 6,5 procent.



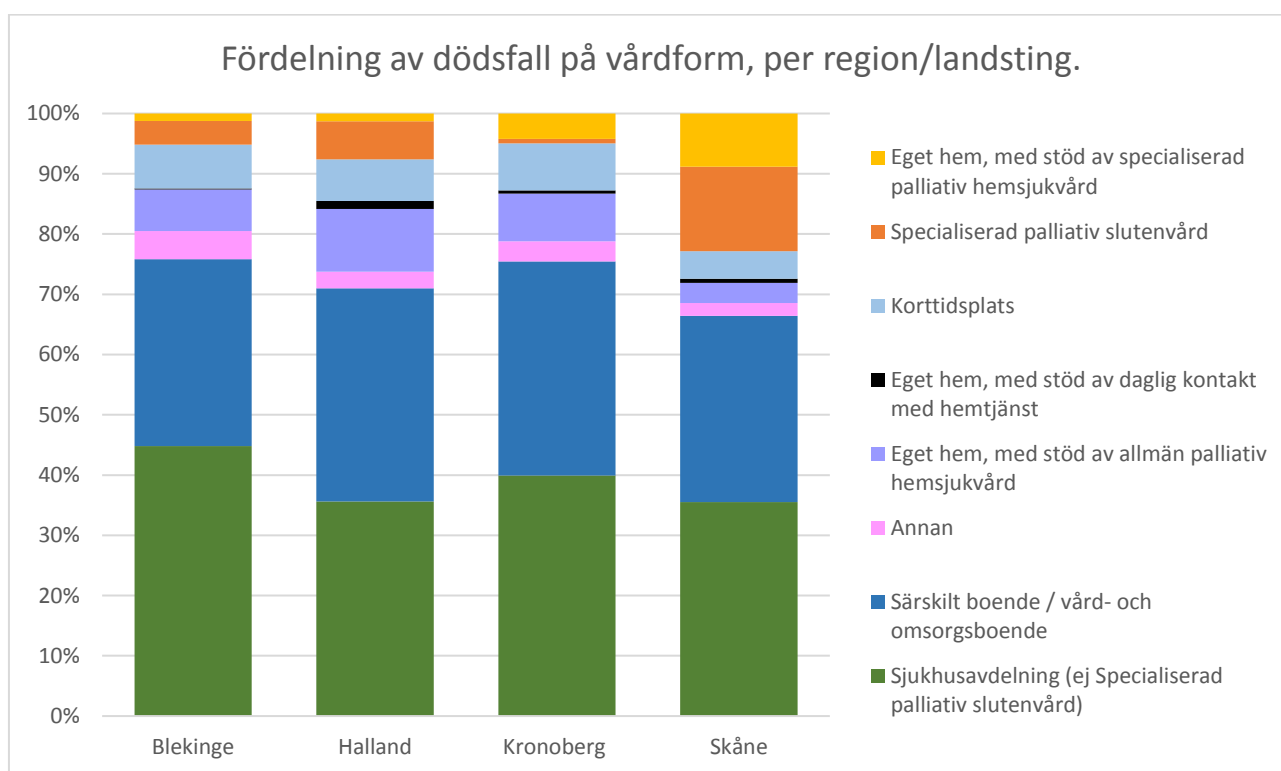
Tabell över "vet-ej" samt p-värde för skillnad mellan region/landsting.					
	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne	P-värde
Närvarande vid dödsfallet	5,08	1,34	1,22	3,29	<.01
Erbjudande om eftersamtal	34,92	18,45	17,03	27,78	<.01
Trycksår vid dödsfall	6,15	4,20	3,88	4,18	0,01
<i>För patienter med väntat dödsfall:</i>					
Dokumenterat beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede	5,75	10,17	4,35	5,12	<.01
Brytpunktssamtal med patient	13,66	13,85	11,1	10,5	<.01
Brytpunktssamtal med närstående	8,73	8,42	4,17	6,22	<.01
Förlust att uttrycka vilja	6,16	5,18	5,24	5,61	0,71
Trycksår vid inskrivning	4,11	5,05	5,86	4,75	0,27
Dokumenterat trycksår vid dödsfallet	0,31	0,50	0	0,23	0,08
Bedömning av munhälsa	12,22	13,23	11,28	10,39	0,01
Avvikelse av munhälsa	2,36	2,93	2,93	2,78	0,83
Dokumentation av munhälsa	4,62	5,99	3,91	3,78	<.01
Dropp eller sond sista dygnet	0,72	0,75	2,84	1,03	<.01
Vb ordination av läkemedel mot ångest	1,64	0,75	0,71	1,34	0,05
Vb ordination av läkemedel mot illamående	2,36	2,12	1,51	2,22	0,47
Vb ordination av läkemedel mot rosslighet	0,82	1,25	0,27	1,09	0,05
Vb ordination av läkemedel mot smärta	0,72	0,56	0,36	0,64	0,67
Ångest	13,24	8,48	10,3	12,07	<.01
Illamående	11,29	10,79	11,46	12,37	0,29
Rosslighet	1,54	1,43	1,6	2,91	<.01
Smärta	5,34	3,62	3,82	5,34	0,01
Andnöd	5,24	4,37	4,88	5,15	0,61
Förvirring	13,04	11,73	12,17	12,92	0,57
Smärtskattning utförd	8,62	10,36	5,95	7,76	<.01
Stark smärta	16,32	17,97	16,16	15,62	0,15

Andel med svarsalternativet "vet ej" per region/landsting. Fetstilade frågor är de som besvaras för alla, dvs. oavsett om dödsfallet var väntat eller ej. Vid signifikanta skillnader är högsta värdet rödmarkerat och lägsta värdet grönmarkerat. För de patienter som haft symtom saknas i registret svarsalternativet "vet ej" för variablerna lindring av andnöd, ångest, förvirring, illamående, rosslighet respektive smärta.

## Beskrivande data

	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne	Totalt
Specialiserad palliativ slutenvård	48	117	10	1065	1240
Eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård	15	24	55	672	766
Eget hem, med stöd av allmän palliativ hemsjukvård	84	194	104	254	636
Eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst	2	24	7	50	83
Korttidsplats	89	129	103	349	670
Särskilt boende/vård- och omsorgsboende	378	658	467	2351	3854
Annan	57	51	44	161	313
Sjukhusavdelning (ej Specialiserad palliativ slutenvård)	547	662	525	2700	4434
<b>Totalt</b>	<b>1220</b>	<b>1859</b>	<b>1315</b>	<b>7602</b>	<b>11 996</b>

Antal registrerade i respektive region/landsting och vårdnivå



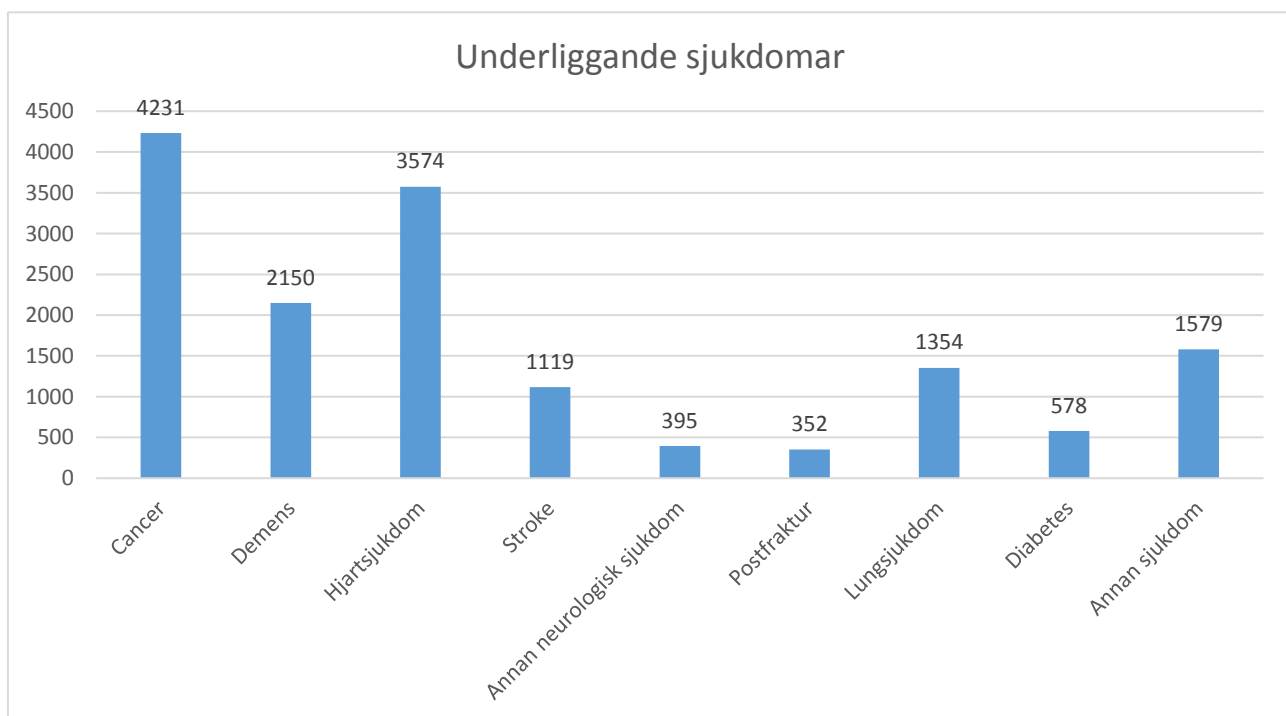
Totalt antal dödsfall, per region/landsting och per vårdform

	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne	Totalt
<b>Specialiserad palliativ vård</b>	63 (5,2)	141 (7,6)	65 (4,9)	1737 (22,8)	2006
<b>Kommunal vård</b>	610 (50)	1056 (56,8)	725 (55,1)	3165 (41,6)	5556
<b>Sjukhus</b>	547 (44,8)	662 (35,6)	525 (40)	2700 (35,6)	4434
<b>Totalt</b>	1220	1859	1315	7602	11 996

Antal och procent av totalmaterialet av patienter per vårdnivå och per region/landsting

Ålder	Specialiserad palliativ vård	Kommunalvård	Sjukhus	Totalt
<b>&lt;18</b>	2	2	4	8
<b>18-44</b>	46	12	36	94
<b>45-64</b>	377	123	365	865
<b>65-79</b>	972	864	1448	3284
<b>≥80</b>	609	4555	2581	7745
<b>Totalt</b>	2006	5556	4434	11 996

Fördelning av registreringen per ålder och vårdform



Angivet grundtillstånd som ledde till döden. Samma patient kan vara registrerad med flera underliggande sjukdomar

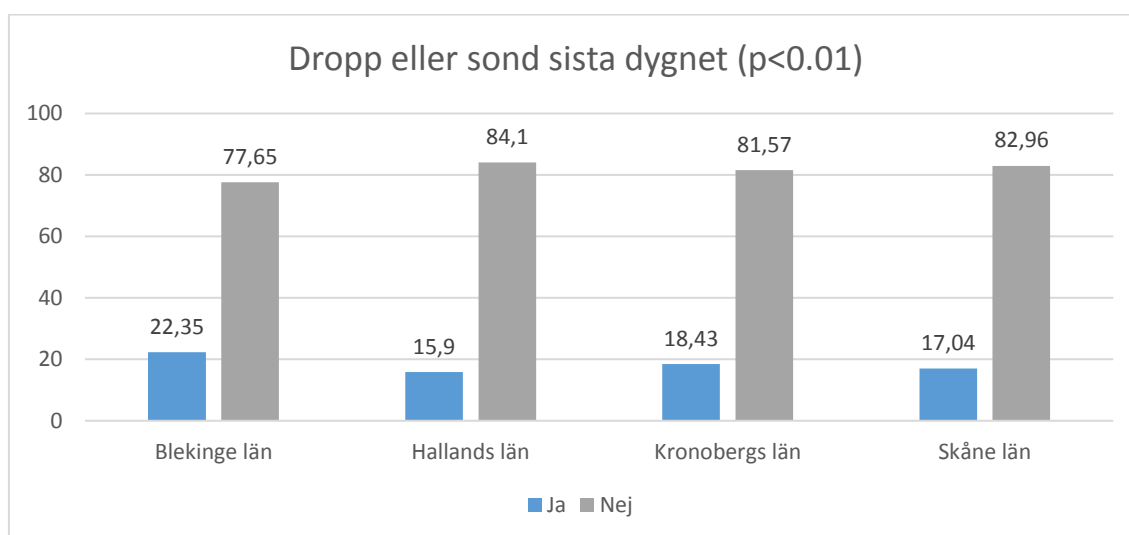
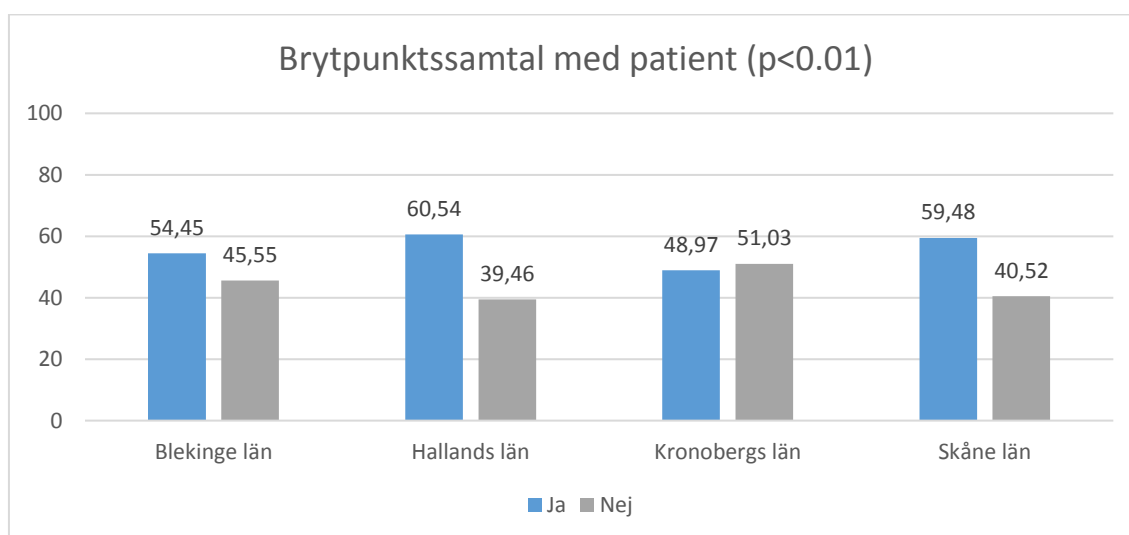
## Sammanfattning av alla kvalitetsindikatorer per region/landsting

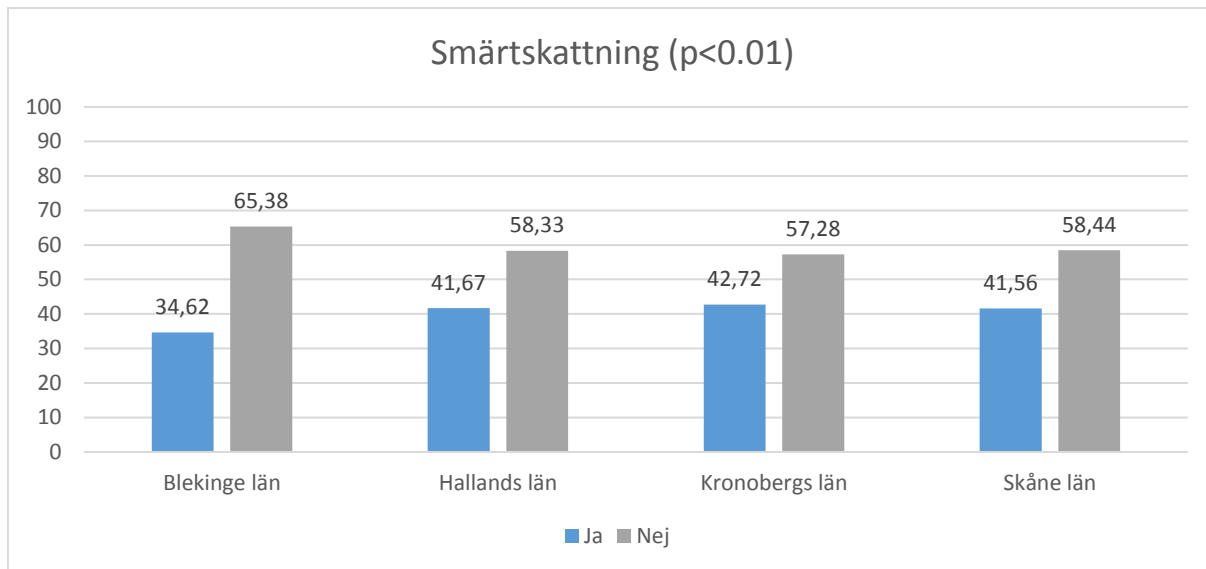
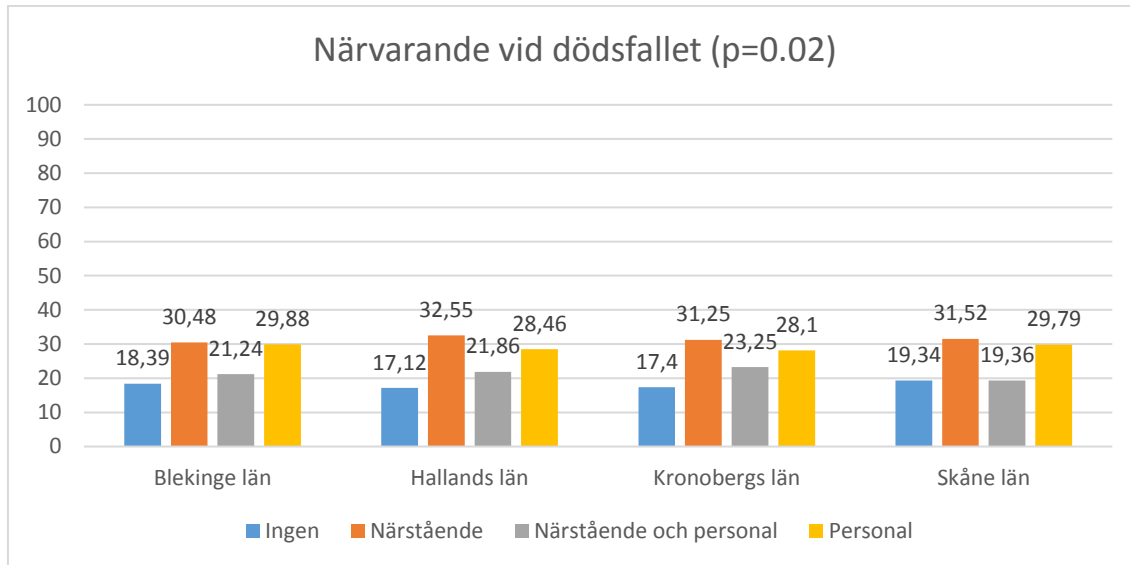
<b>Tabell över resultat samt p-värde för skillnad mellan region/landsting.</b>					
	<b>Blekinge</b>	<b>Halland</b>	<b>Kronoberg</b>	<b>Skåne</b>	<b>P-värde</b>
Närvarande vid dödsfallet (Ingen)	18,39	17,12	17,4	19,34	<.01
Erbjudande om eftersamtal (Nej)	28,08	16,4	23,67	29,12	<.01
Trycksår vid dödsfall (Ja, oavsett grad)	15,63	18,53	18,75	20,61	<.01
Dokumenterat trycksår vid dödsfallet (Nej)	7,51	3,74	8,44	5,84	0,10
Dokumenterat beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede (Nej)	13,53	14,87	13,45	13,60	<.01
Brytpunktssamtal med patient (Nej)	45,55	39,46	51,03	40,52	<.01
Brytpunktssamtal med närstående (Nej)	18,72	19,3	16,65	20,06	0,22
Bedömning av munhälsa (Nej)	23,4	24,3	28,78	25,93	0,03
Avvikelse av munhälsa (Ja)	28,31	28,17	33,29	43,26	<.01
Dokumentation av munhälsa (Nej)	36,08	32,29	27,67	23,72	<.01
Dropp eller sond sista dygnet (Ja)	22,35	15,9	18,43	17,04	<.01
Vb ordination av läkemedel mot ångest (Nej)	14,46	11,25	12,11	14,82	<.01
Vb ordination av läkemedel mot illamående (Nej)	36,46	35,98	39,17	33,06	<.01
Vb ordination av läkemedel mot rosslighet (Nej)	14,33	14,7	10,66	13,94	<.01
Vb ordination av läkemedel mot smärta (Nej)	9,11	7,51	6,82	7,36	0,19
Ångest (Ja)	46,65	57,29	50,34	49,85	<.01
Illamående (Ja)	13,36	15,32	16,45	13,94	0,10
Rosslighet (Ja)	54,37	48,55	53,95	51,37	<.01
Smärta (Ja)	70,4	75,41	70,44	74,7	<.01
Andnöd (Ja)	25,41	24,12	25,96	26,92	0,14
Förvirring (Ja)	25,08	29,21	29,91	28,57	0,09
Smärtskattning utförd (Nej)	65,38	58,33	57,28	58,44	<.01
Stark smärta (Ja)	23,23	26,82	29,41	27,56	0,02
Smärta lindrad (Inte alls)	0,15	0,26	0,13	0,28	0,83
Ångest lindrad (Inte alls)	0,49	0,35	0,77	0,94	0,33
Förvirring lindrad (Inte alls)	29,60	22,22	24,67	25,63	0,22

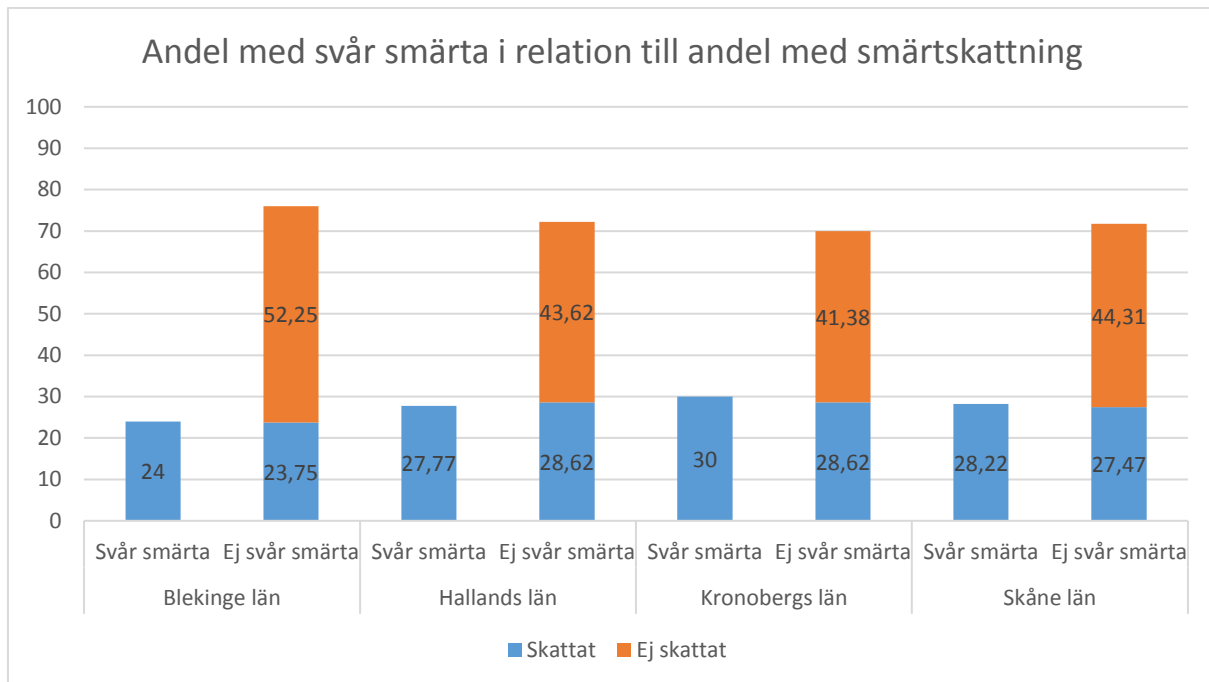
Rosslighet lindrad (Inte alls)	2,74	3,44	3,95	4,82	0,07
Andnöd lindrad (Inte alls)	3,66	3,43	2,47	3,54	0,83
Illamående lindrad (Inte alls)	3,31	5,80	3,59	4,09	0,61

Analyserna är baserade på alla patienter med känt svar (ej besvarade och "vet-ej" är exkluderade). Variabler som inte primärt indikerar kvalitet såsom trycksår vid inskrivning är exkluderade. "Negativt" svarsalternativ utvalt. Vid signifikanta skillnader är högsta värdet rödmarkerat och lägsta värdet grönmarkerat.

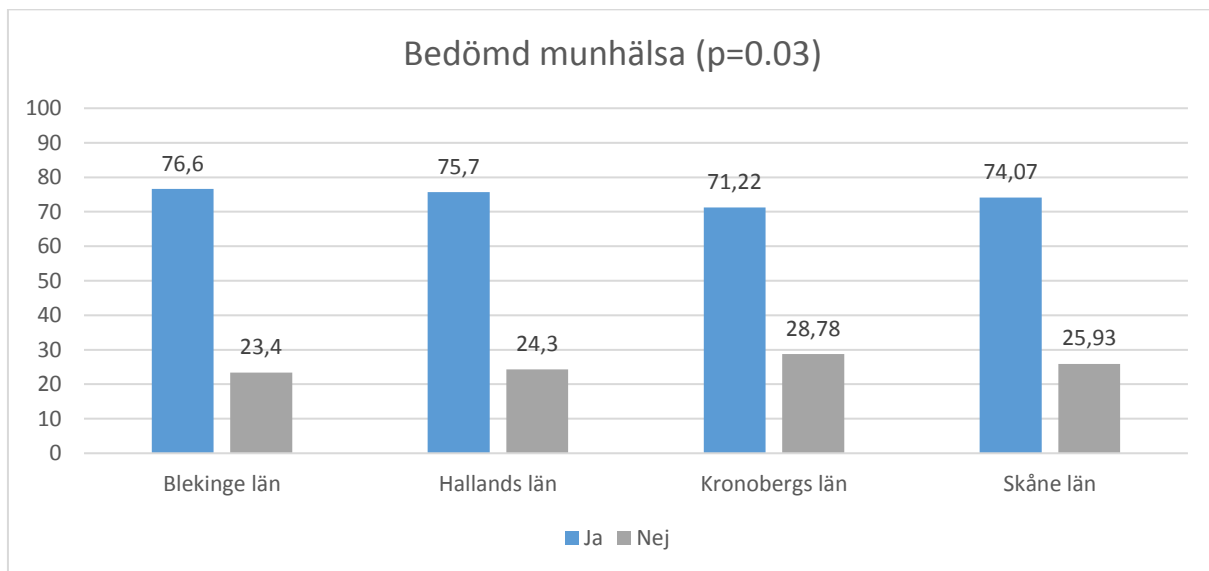
### Urval av kliniskt relevanta indikatorer per region/landsting

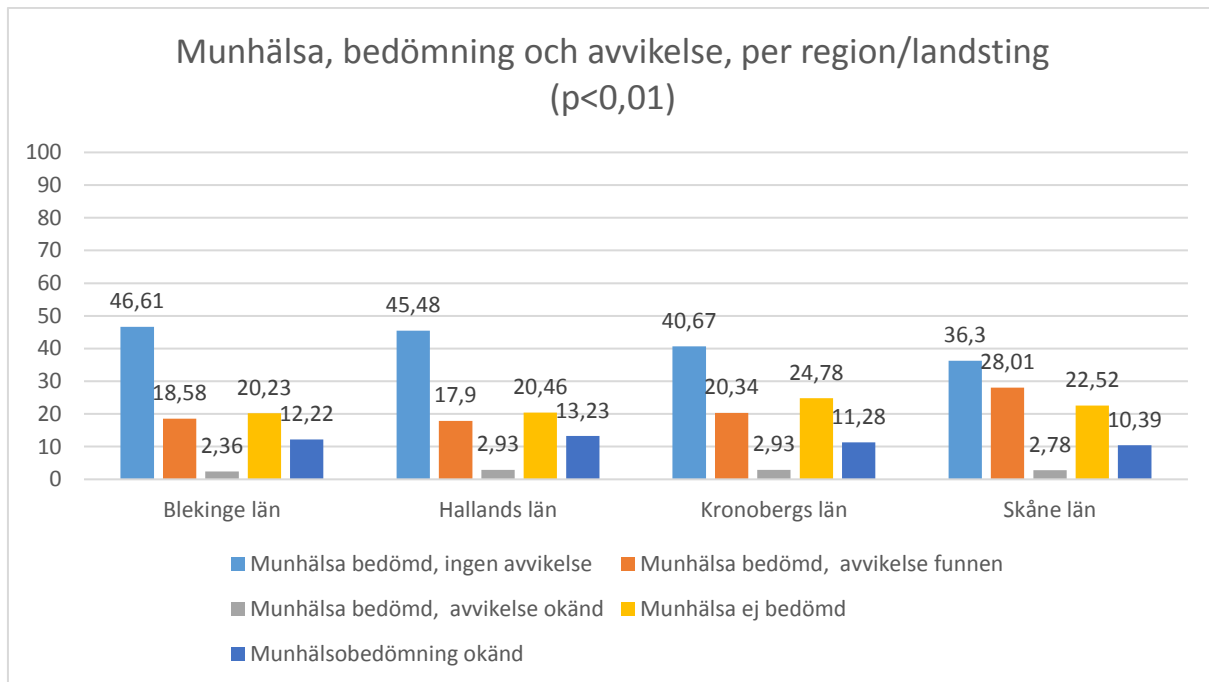






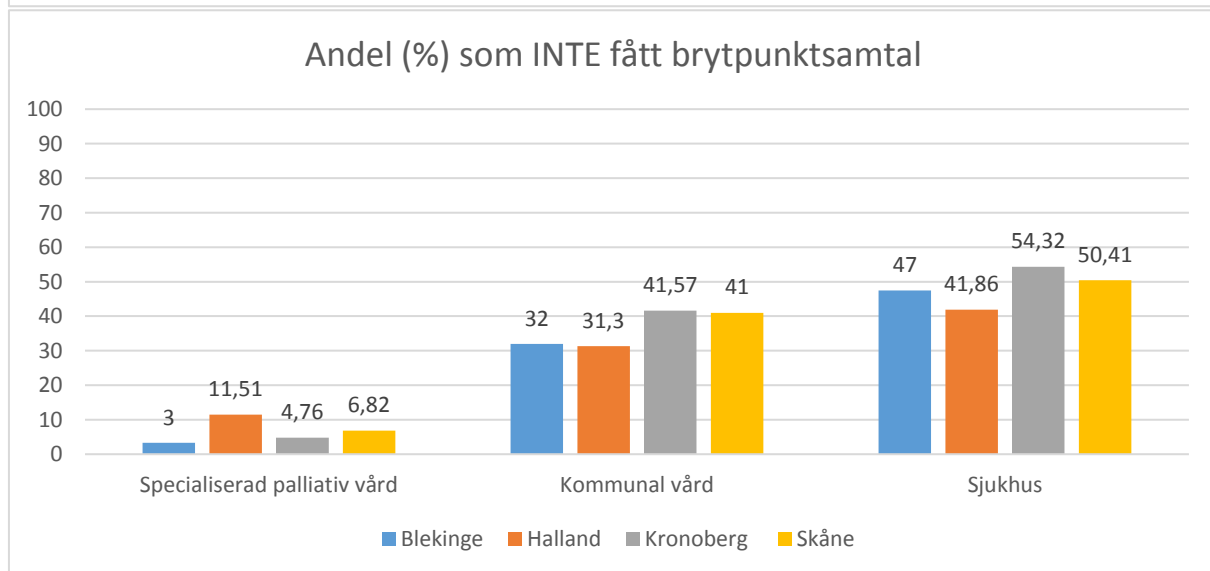
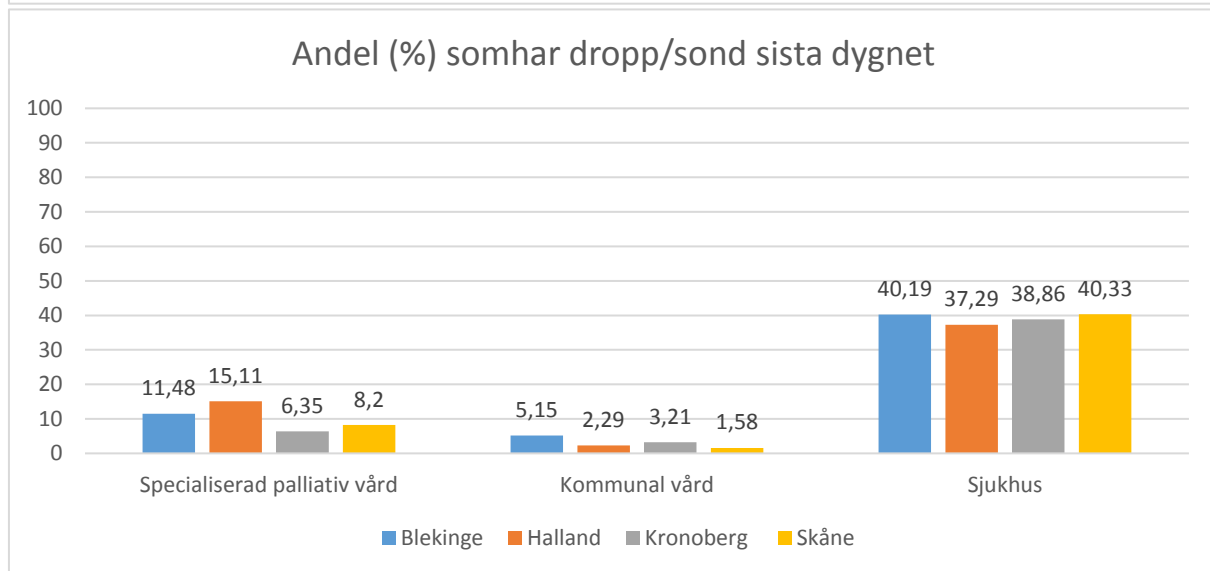
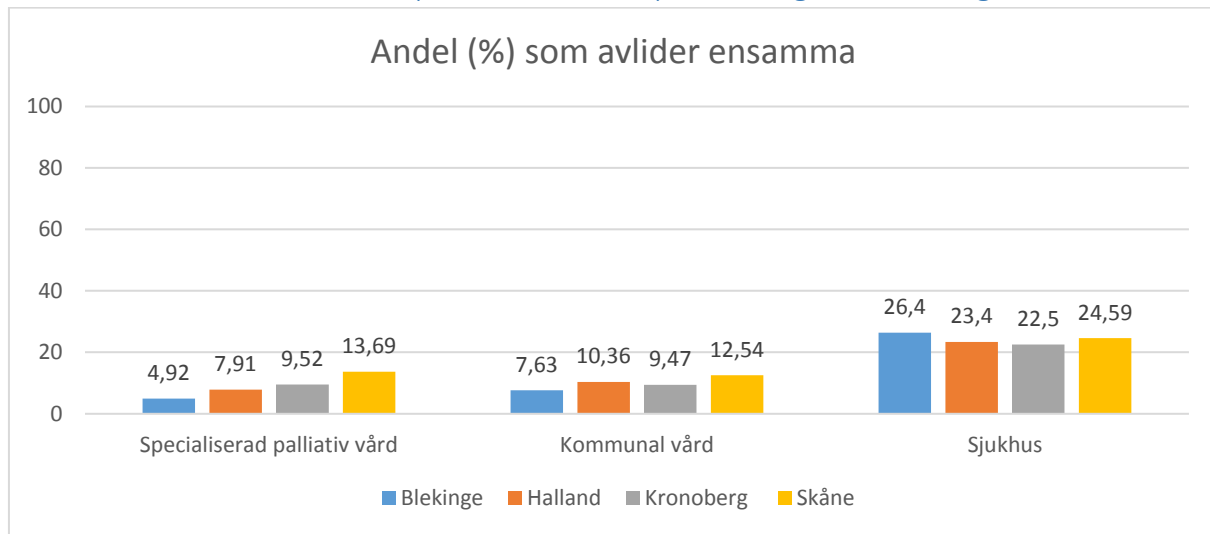
Fördelningen mellan de tre kategorierna (Svår smärta, Skattad ej svår smärta, Ej skattad smärta) är statistiskt signifikant mellan landstingen. Diagrammet visar procent, de tre kategorierna summerar till 100.

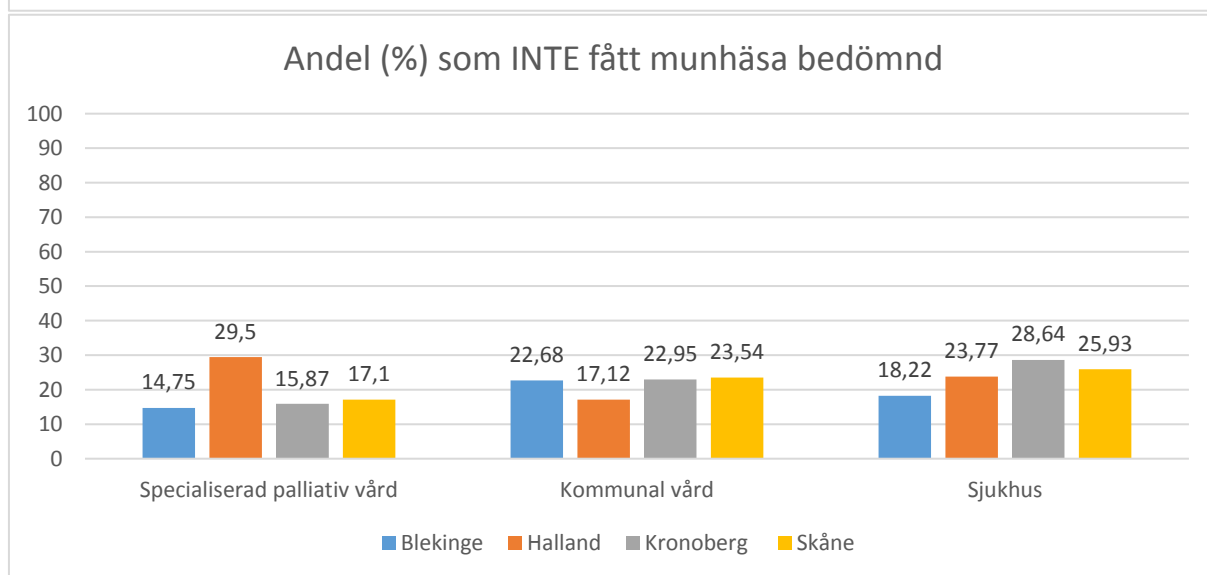
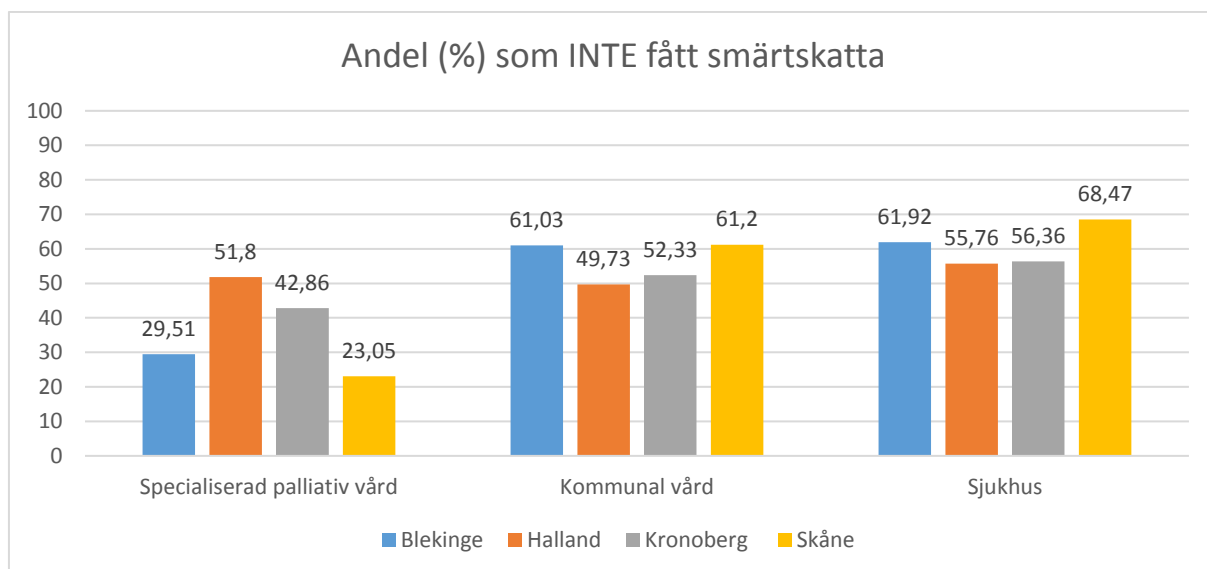




Analysen gjord på patienter med väntat dödsfall. De fem kategorierna summerar till 100 %

Kliniskt relevanta indikatorer per vårdnivå i respektive region/landsting.





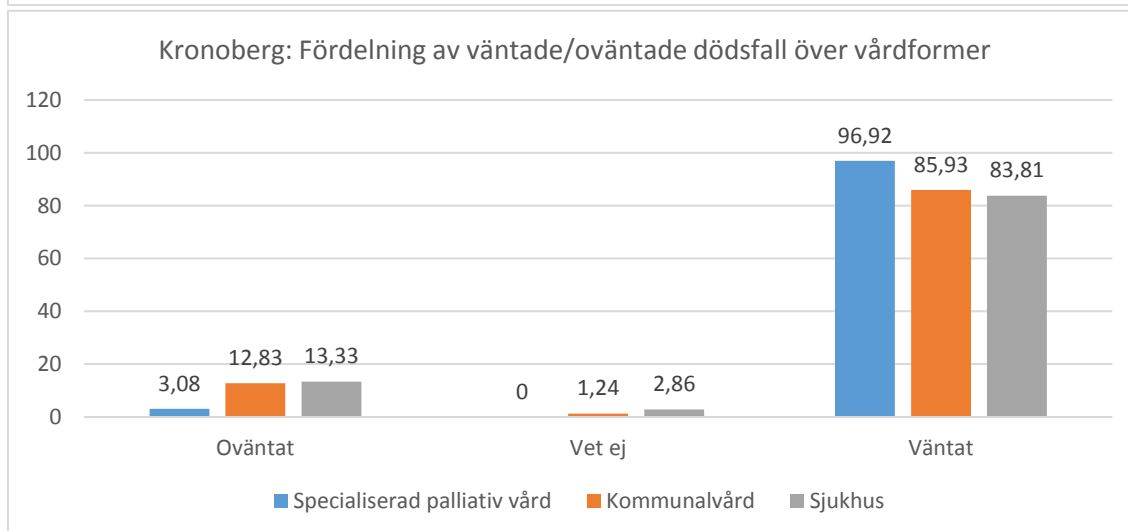
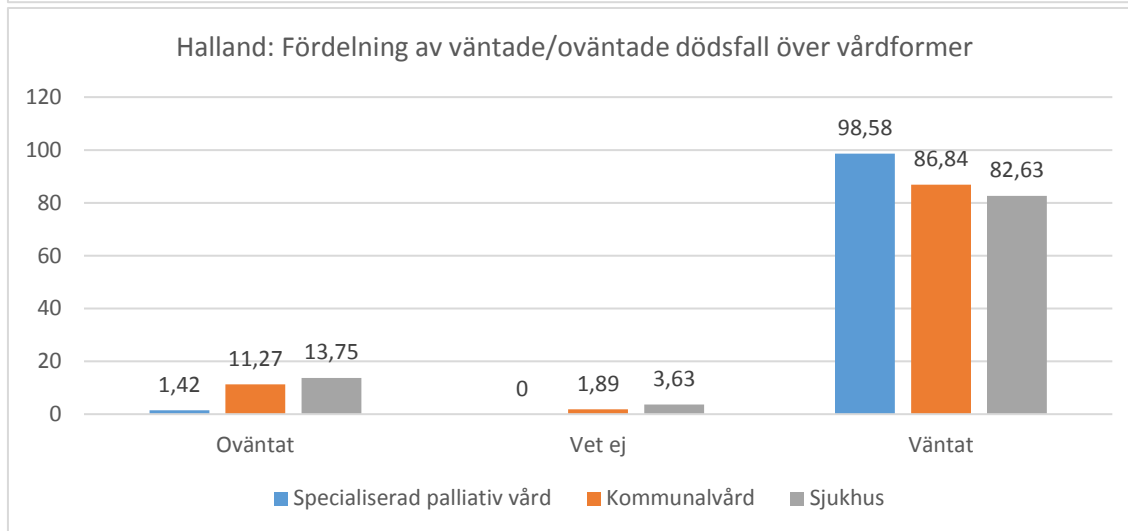
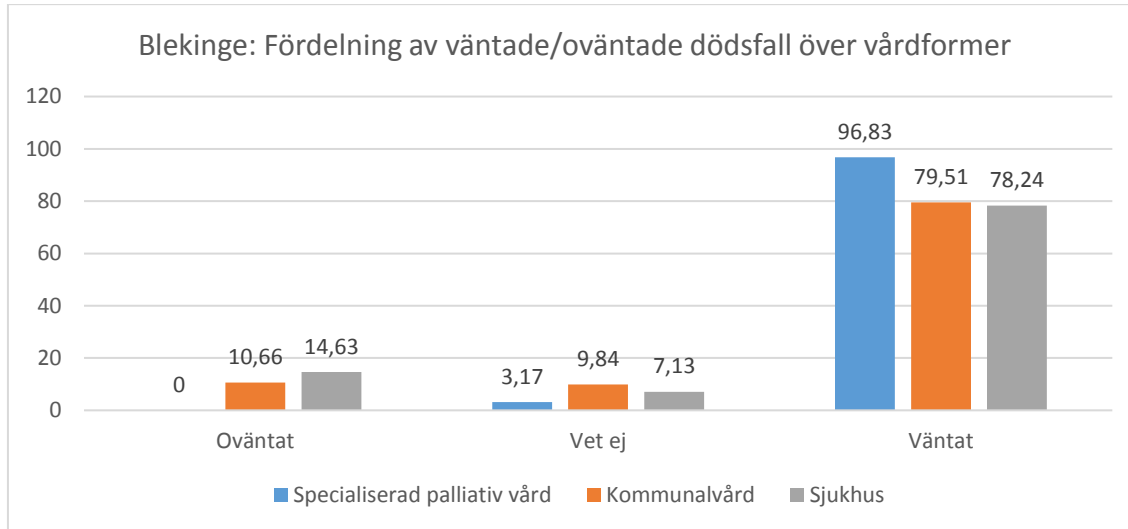
## Sammanfattning

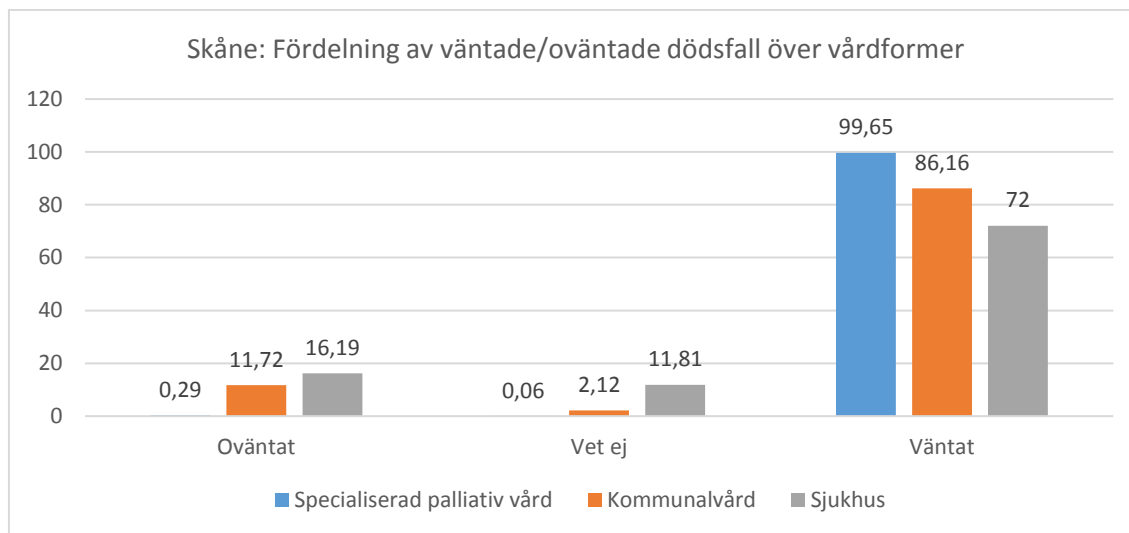
	Specialiserad palliativ vård	Kommunalvård	Sjukhus
<b>Avlider ensamma</b>	<b>0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,49
<b>Dropp/sond sista dygnet</b>	<b>0,03</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,61
<b>Brytpunktsamtal</b>	0,10	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Smärtskattning</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Munhälsobedömning</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>

Tabellen ovan redovisar p-värden för skillnader mellan region/landsting i respektive vårdform för de 5 utvalda indikatorerna. I analysen av statistisk signifikans är de okända svaren (vet ej) exkluderade (dessa ingår dock som "resten" i stapeldiagrammet, dvs, om 5% avlider ensamma ingår "vet ej" i de resterande 95%). Fetstil indikerar statistisk signifikans på 5%- nivån.

## Appendix

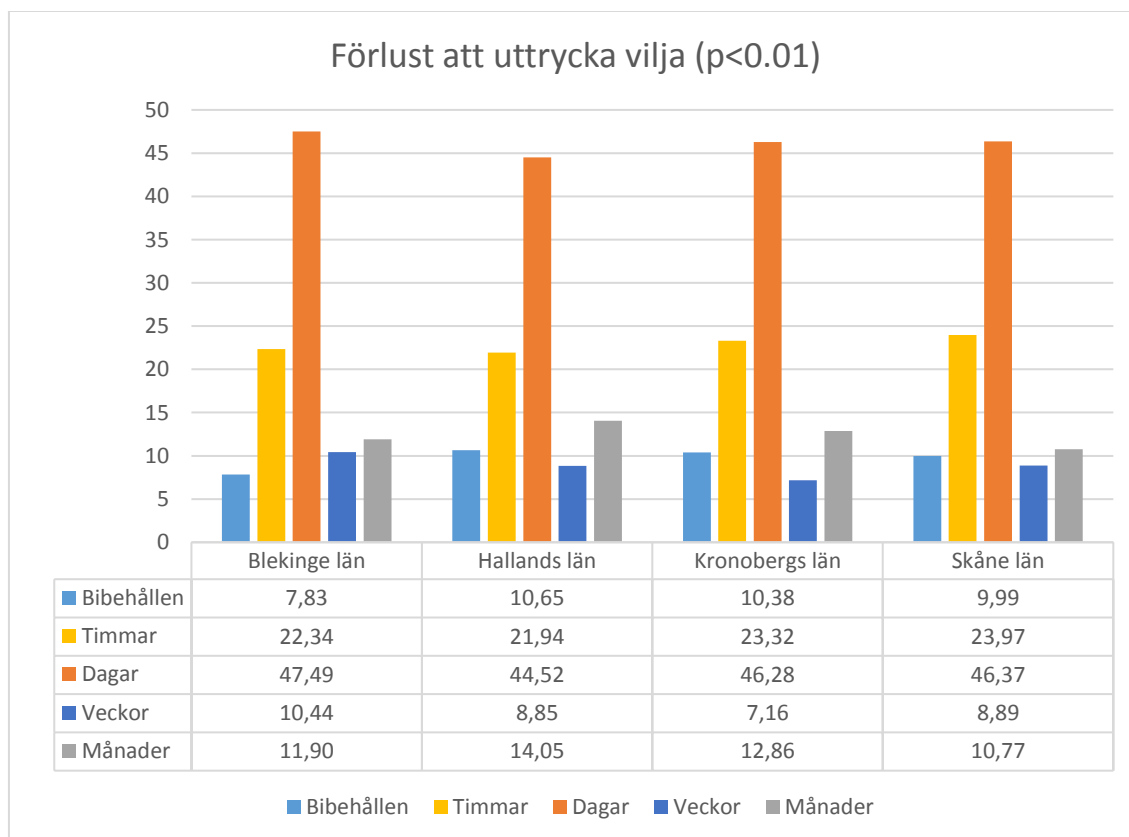
### Appendix: Saknad data:

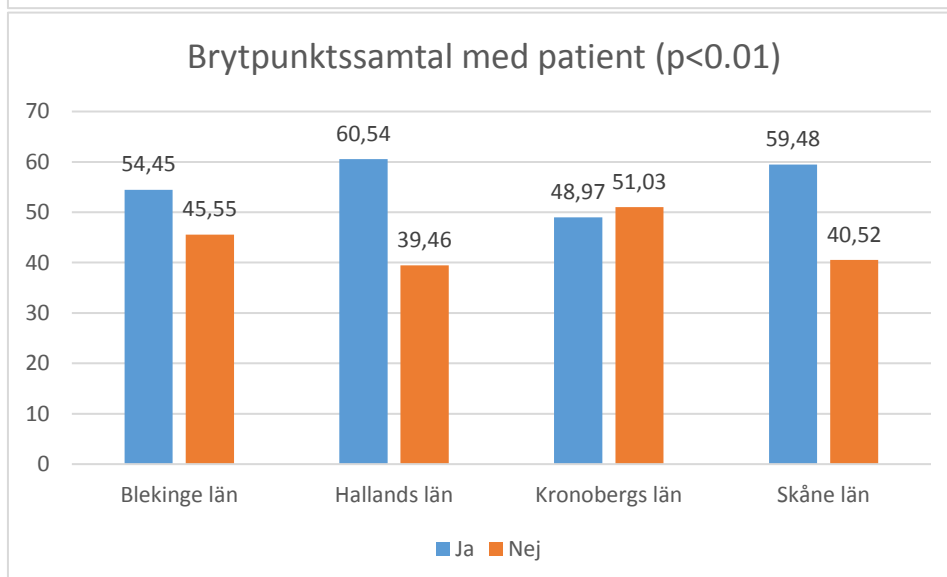
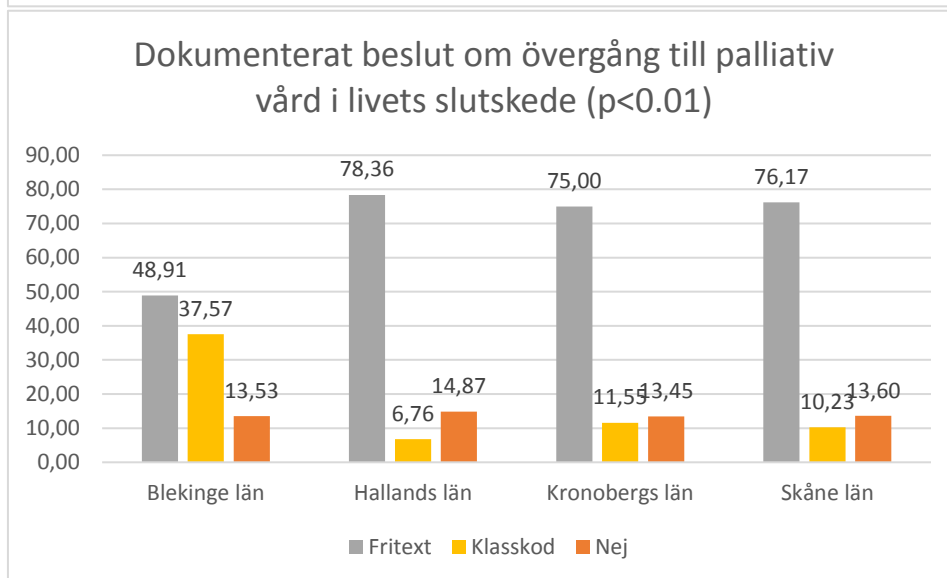
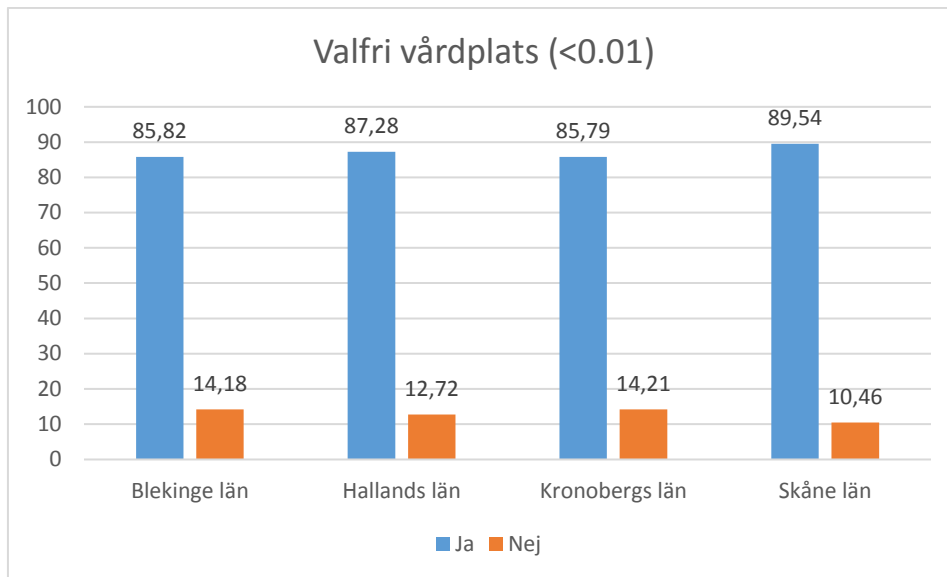


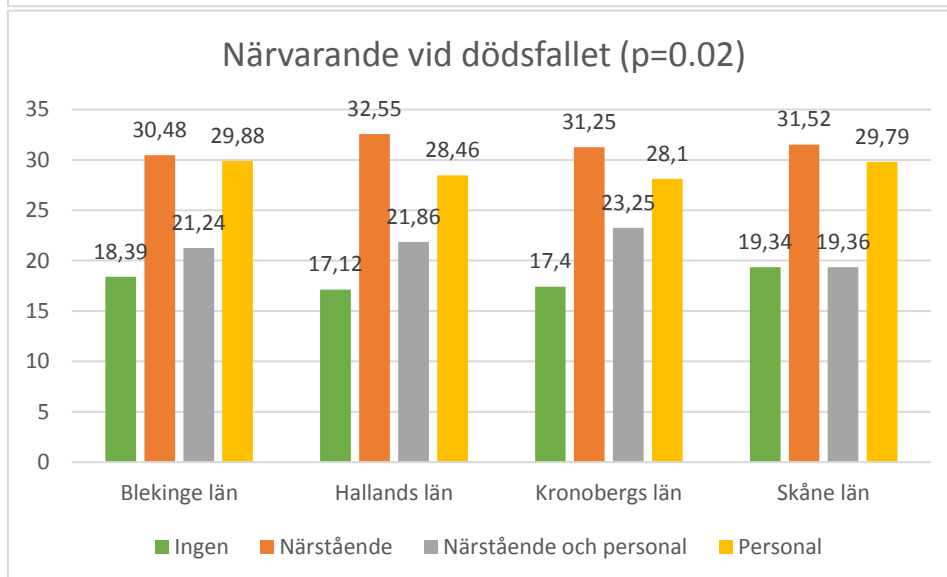
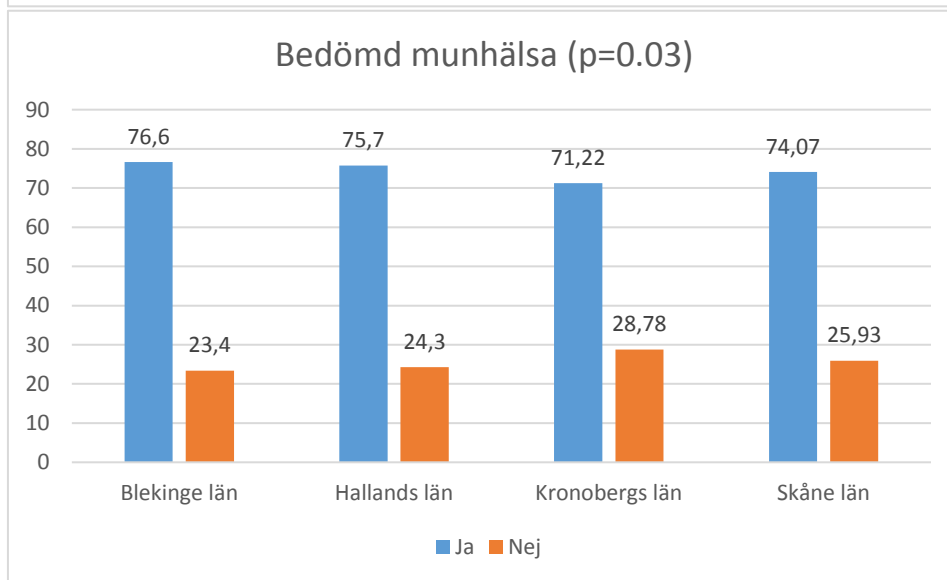
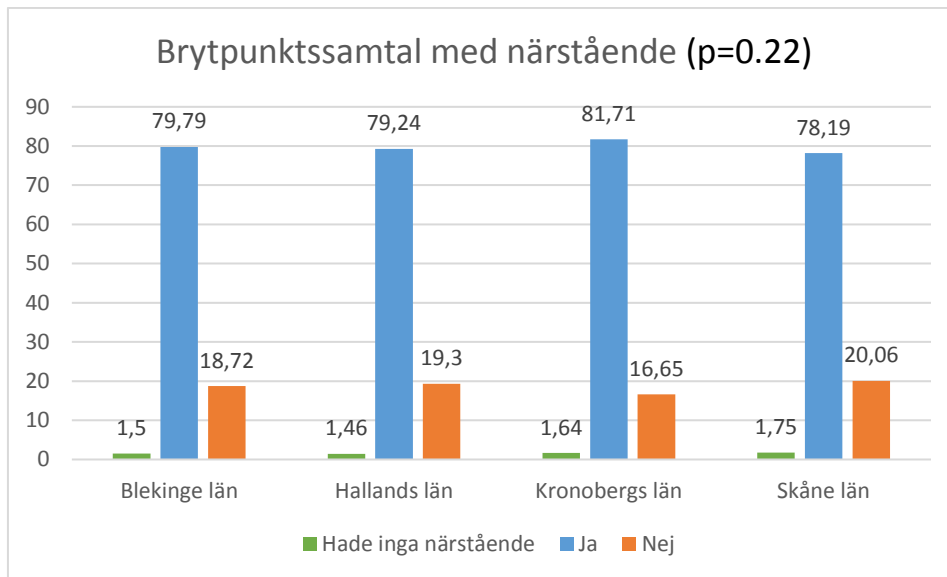


### Appendix: Analys

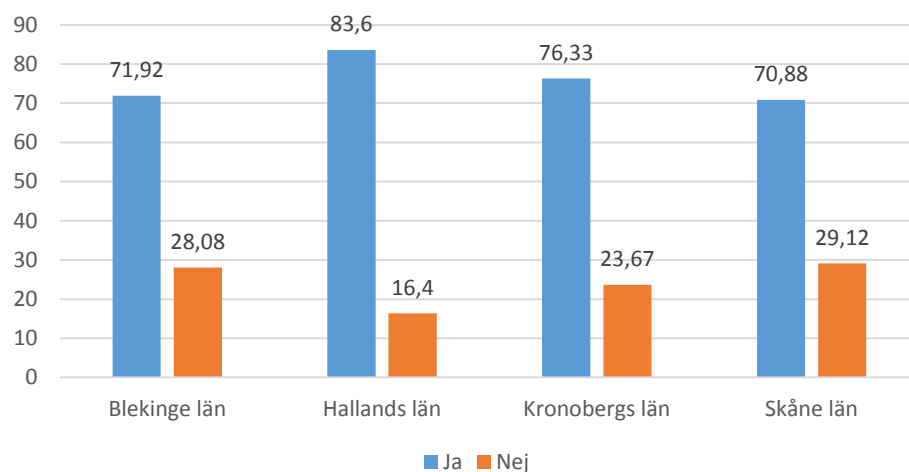
Nedan följer samtliga kvalitetsindikatorerna beräknade för de patienter som hade känd data (dvs. inte "ej besvarat" eller "vet ej"), uppdelat på region/landsting och med beräkning av statistisk signifikans i diagramrubriken.



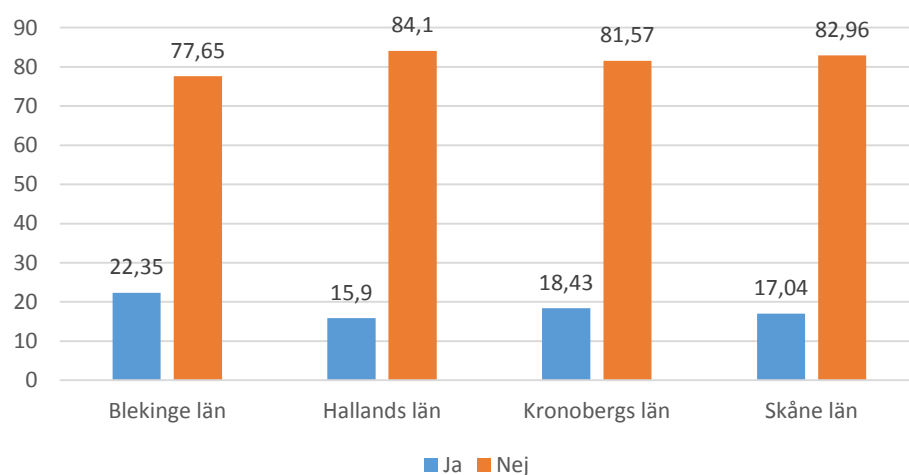




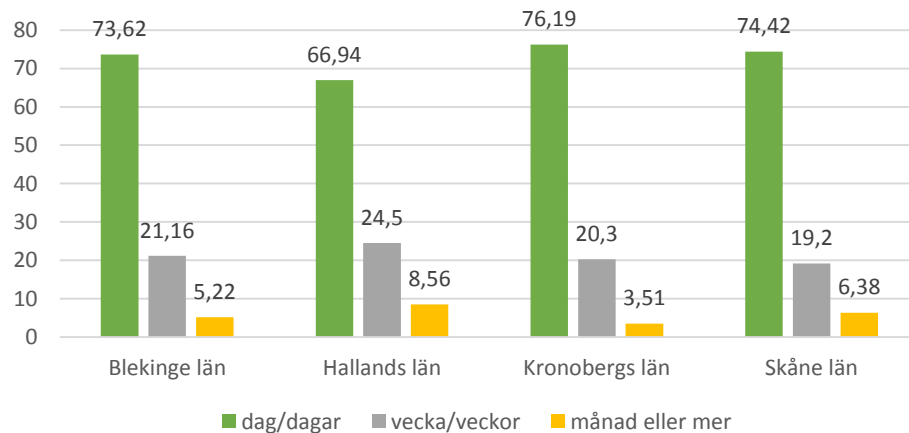
### Erbjudande om eftersamtal (P<0.01)



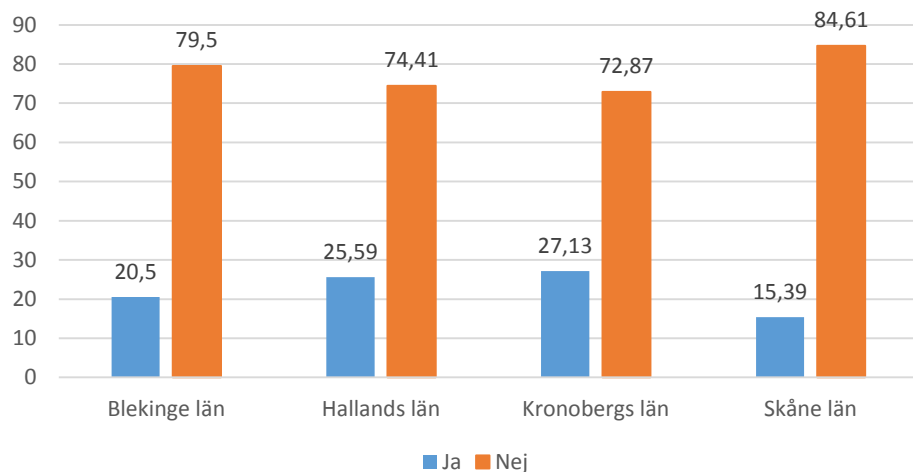
### Dropplös eller sond sista dygnet (p<0.01)



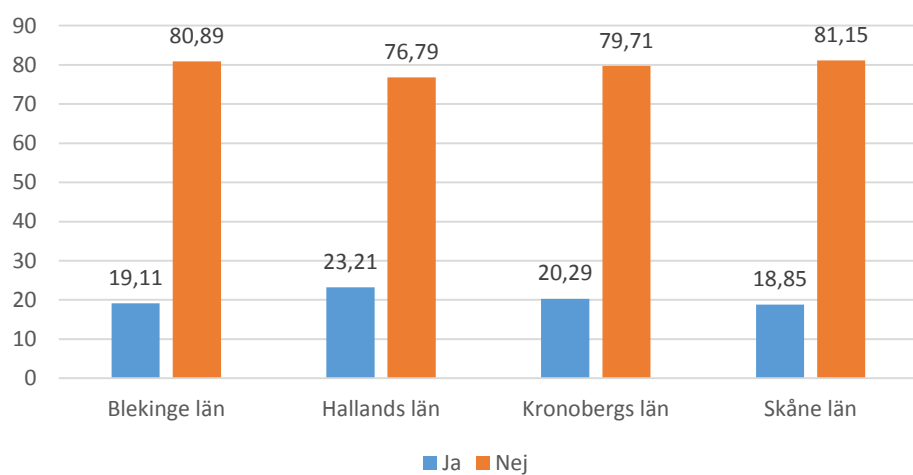
### Tidpunkt för senaste läkarundersökning före dödsfallet (p<0.01)



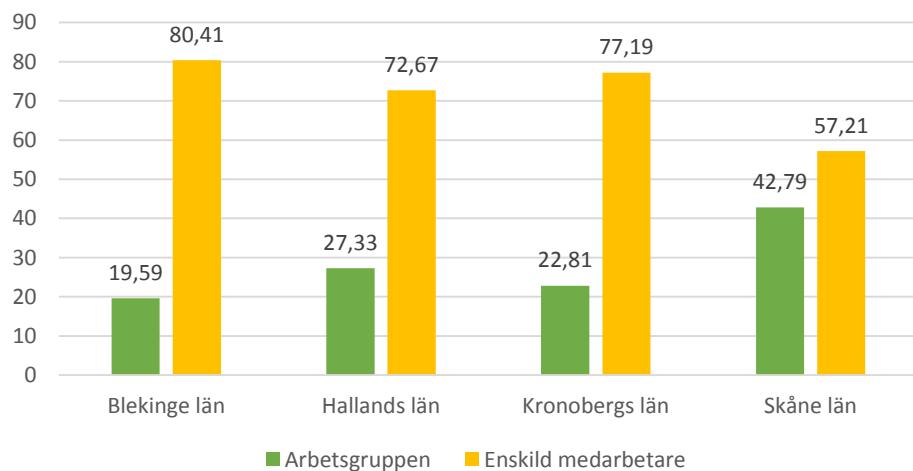
### Konsultation av extern kompetens (p<0.01)



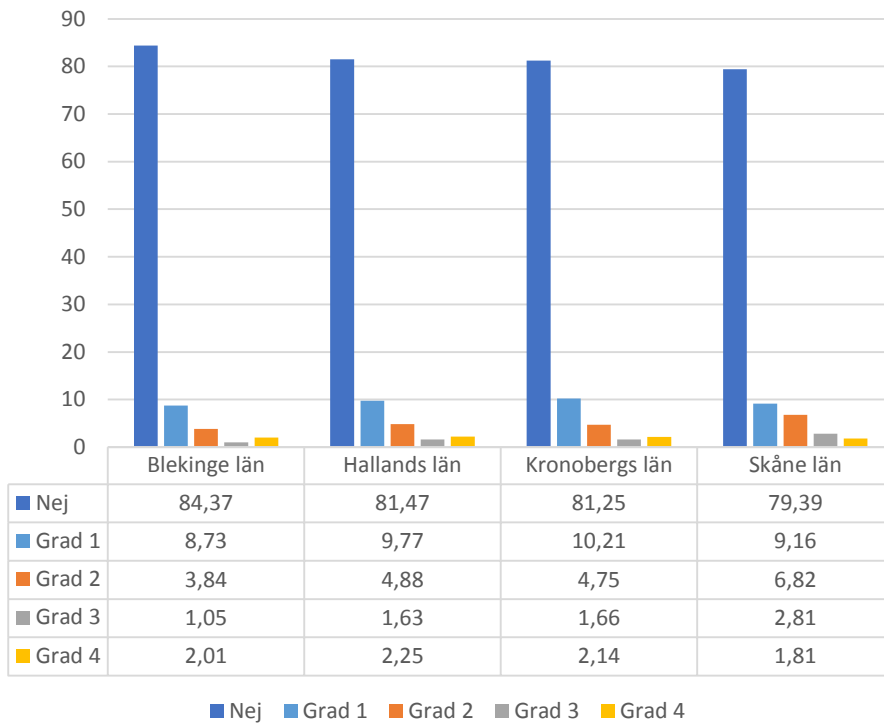
### Annan symtomskattning (p<0.01)

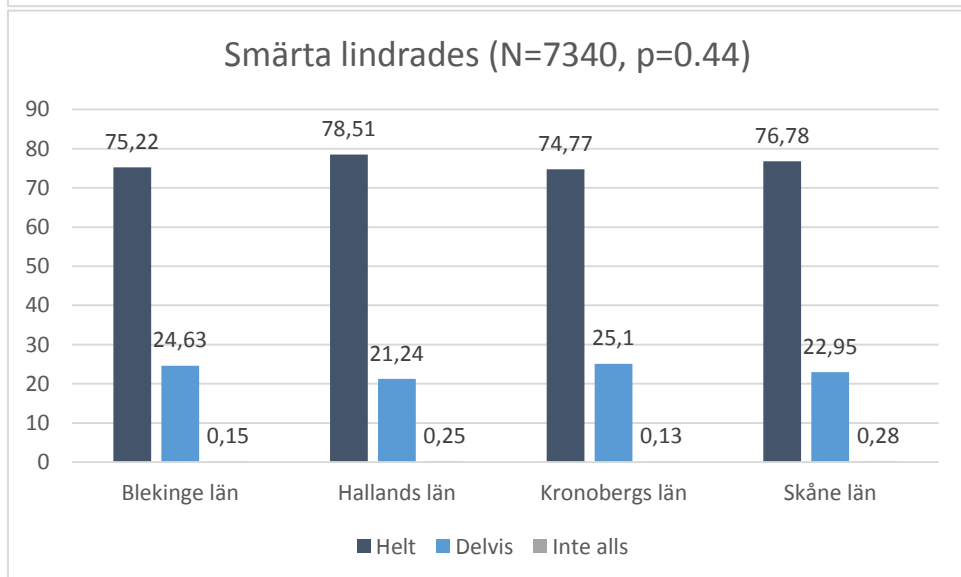
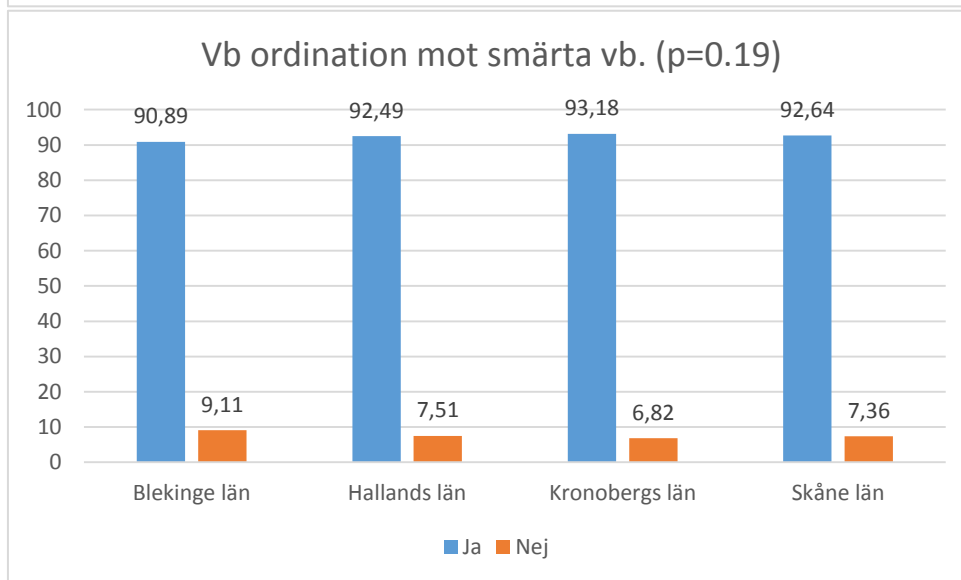
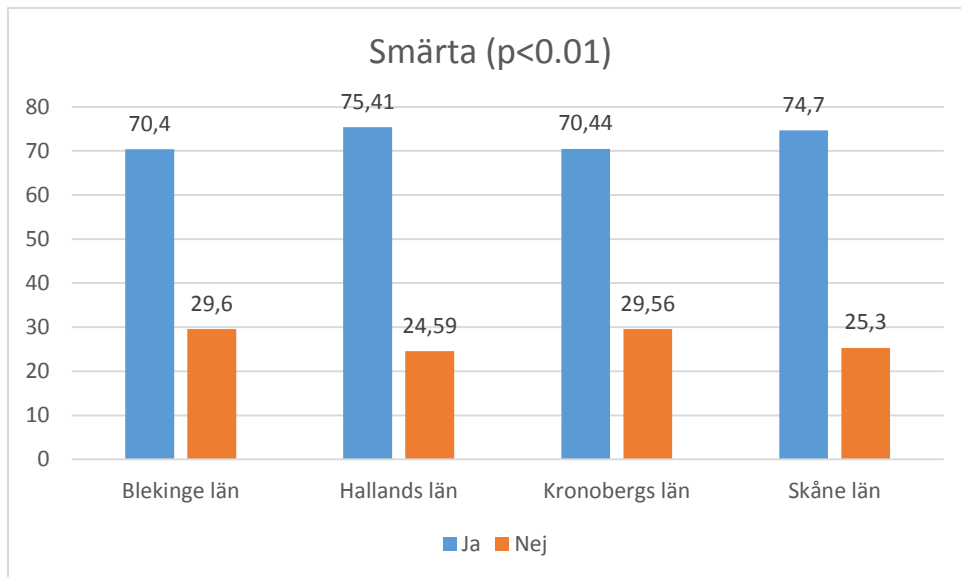


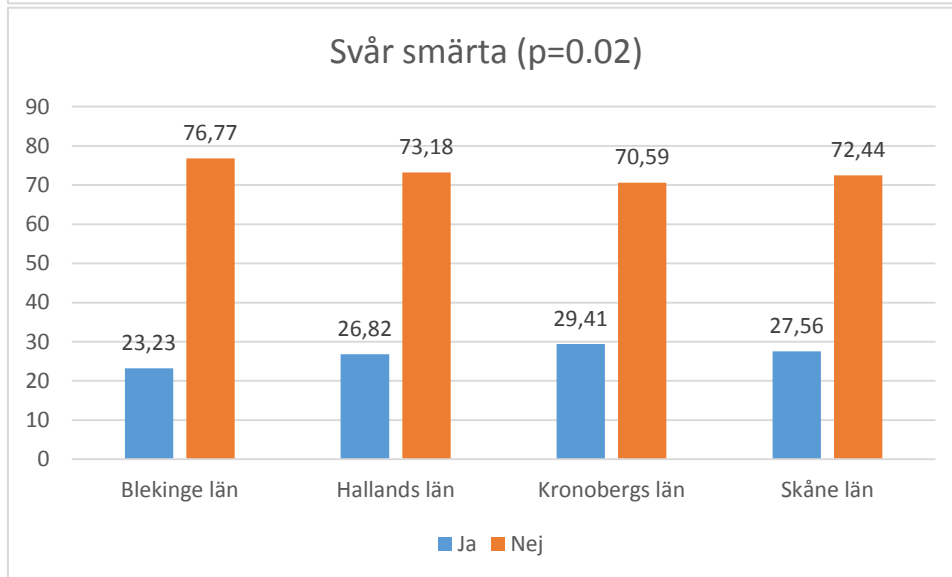
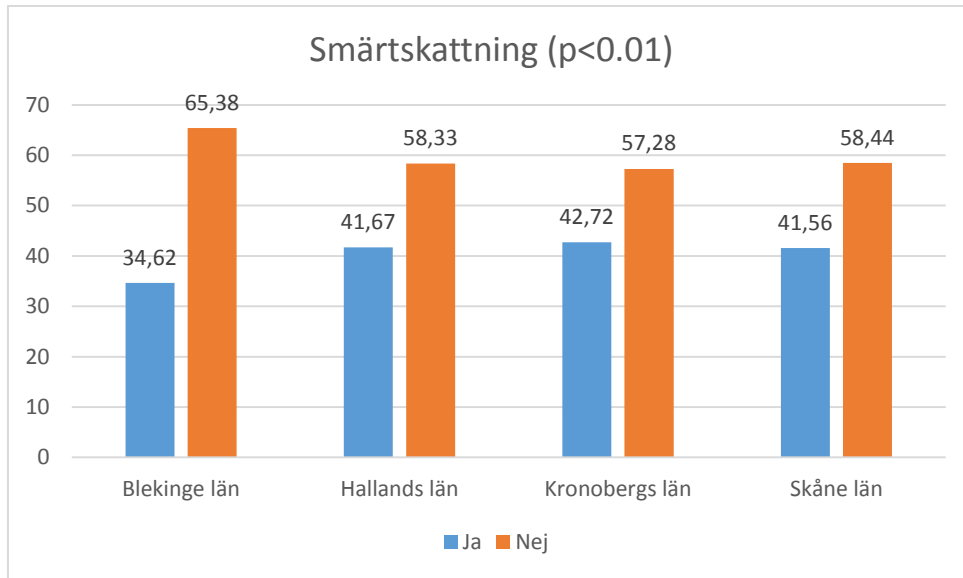
### Enkäten besvarad av: (p<0.01)

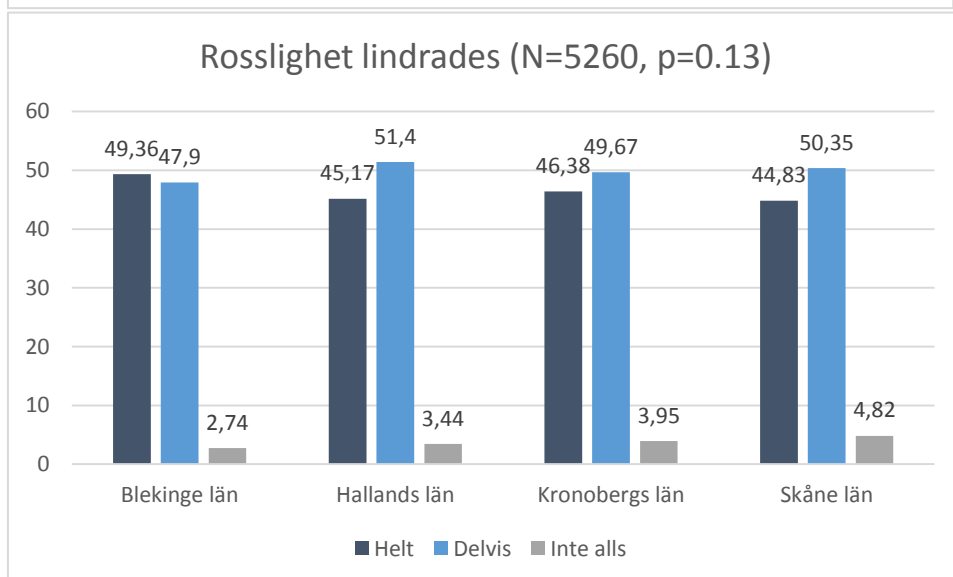
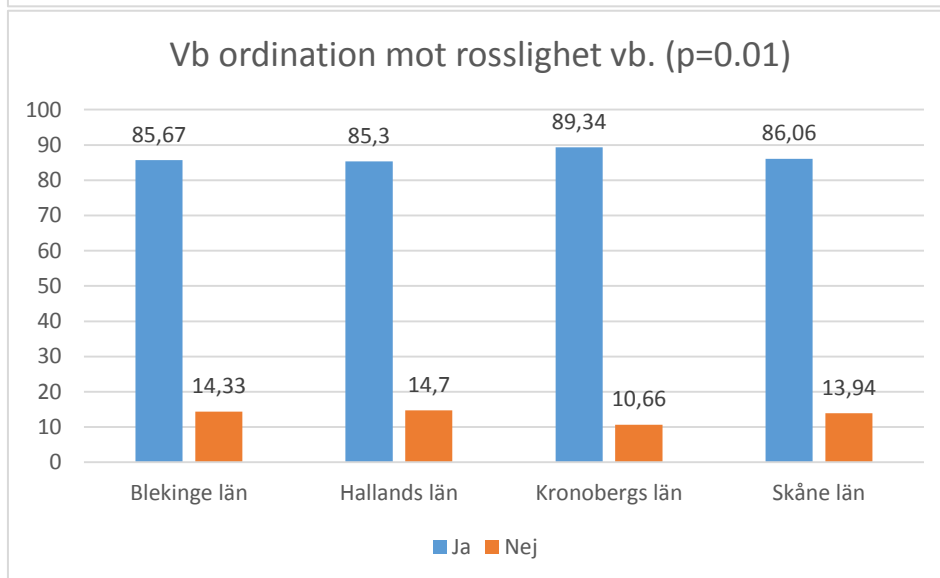
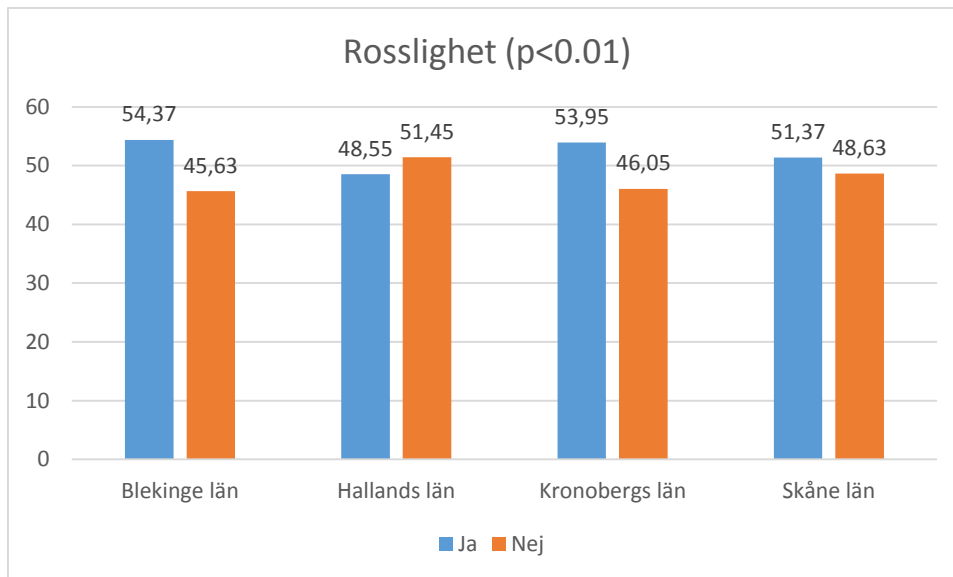


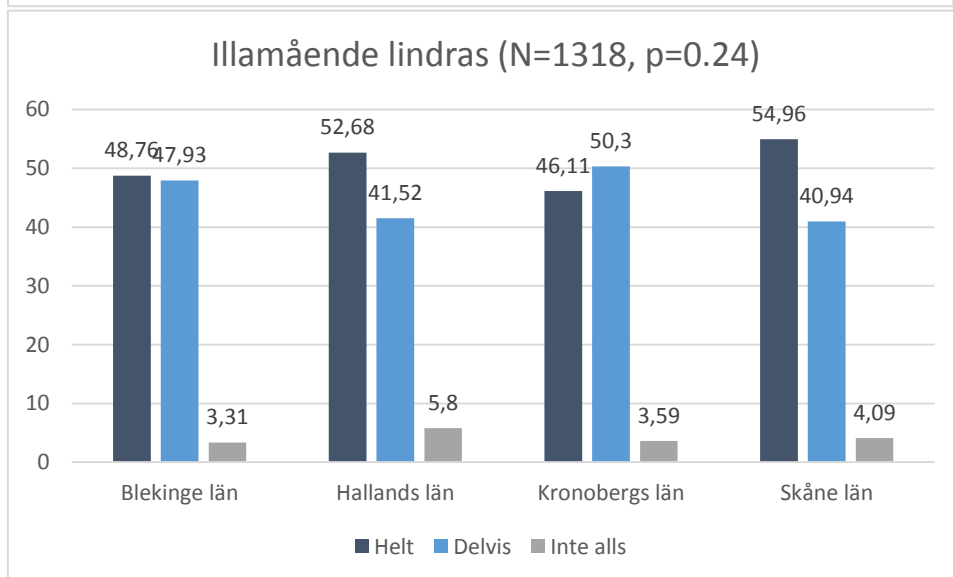
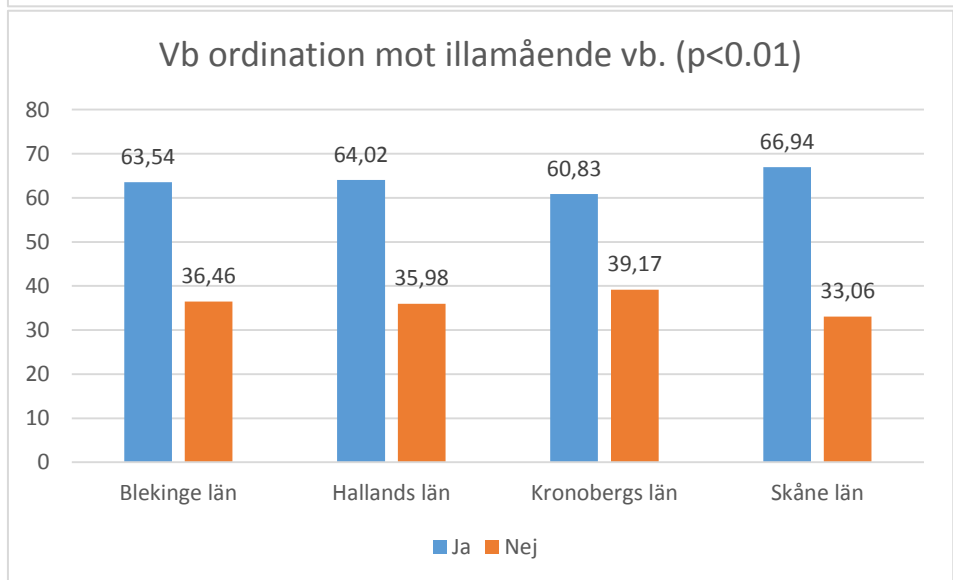
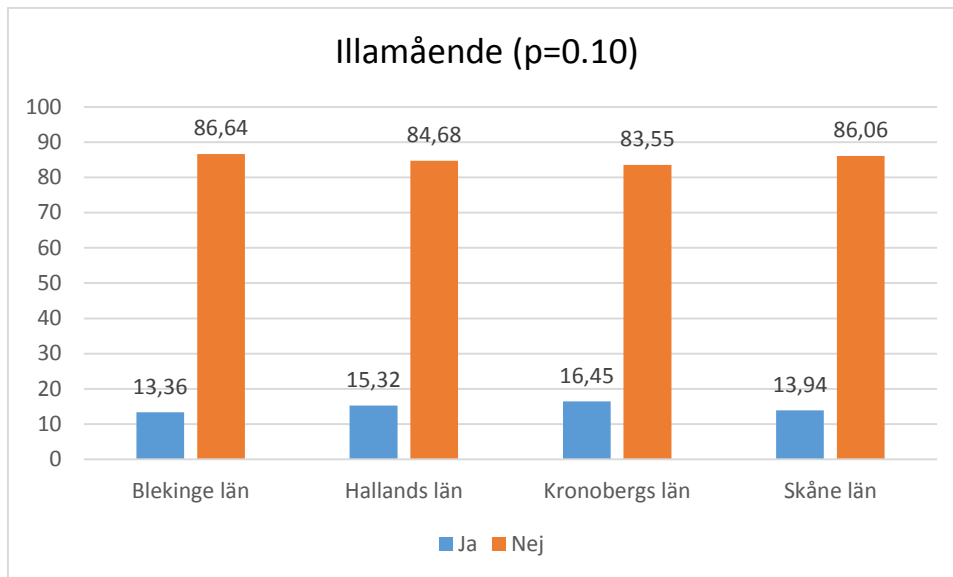
### Trycksår vid dödsfall (p<0.01)

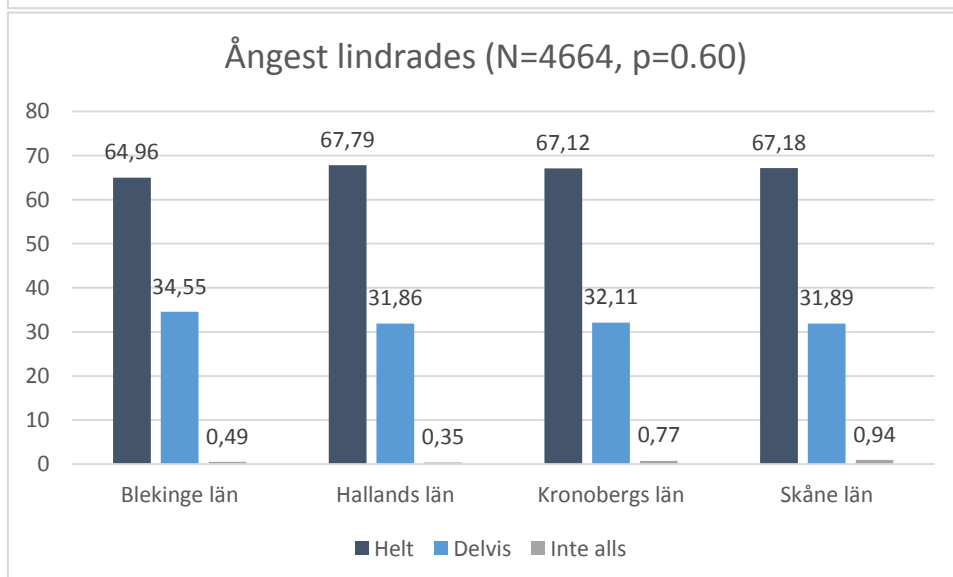
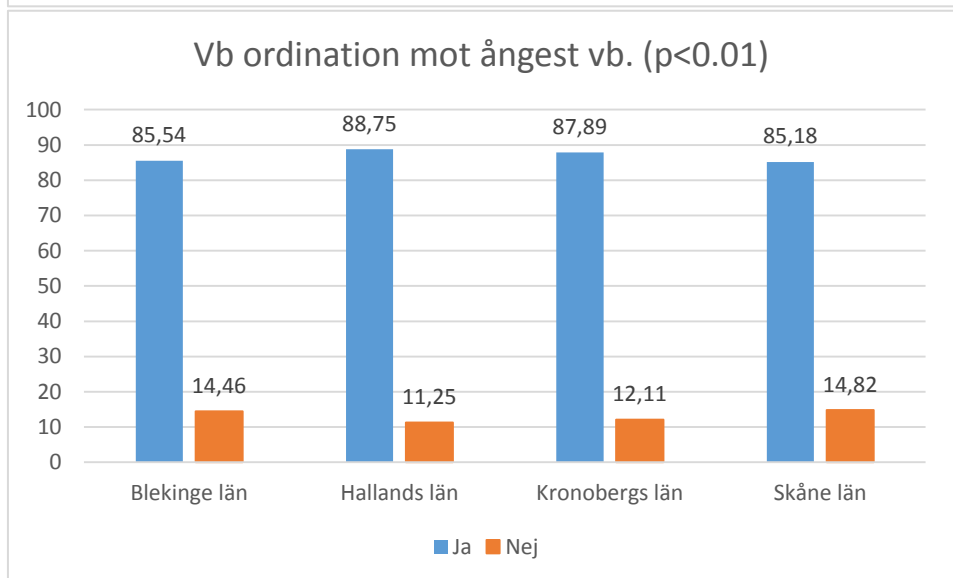
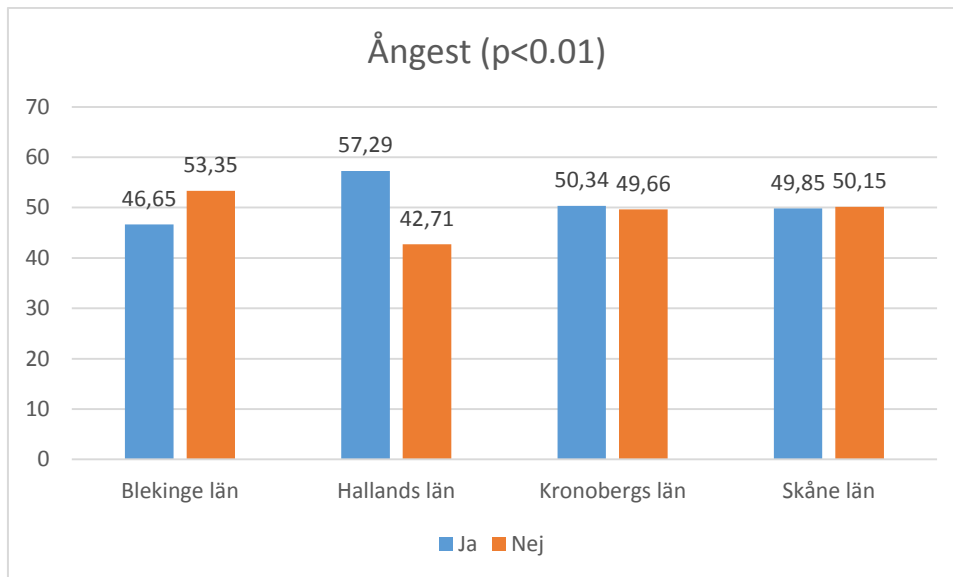


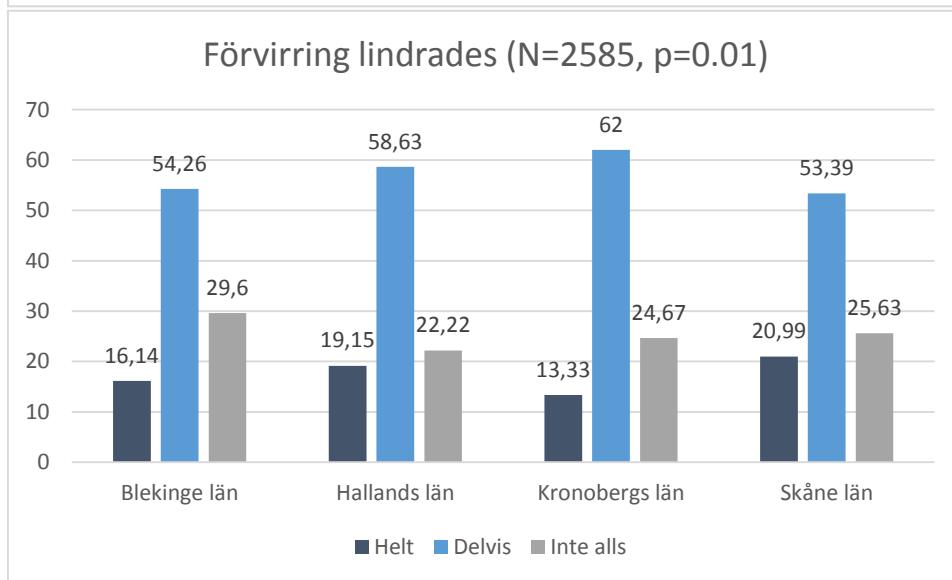
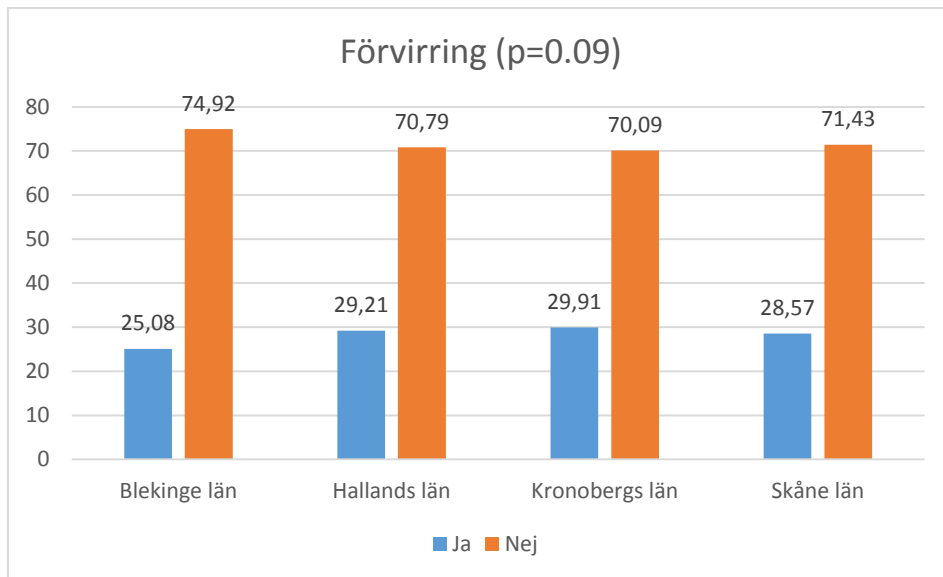


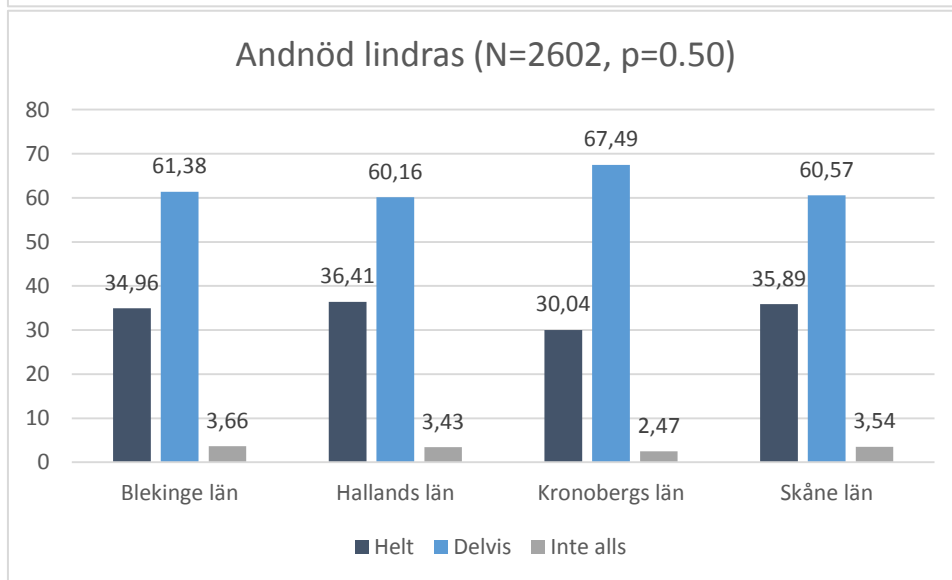
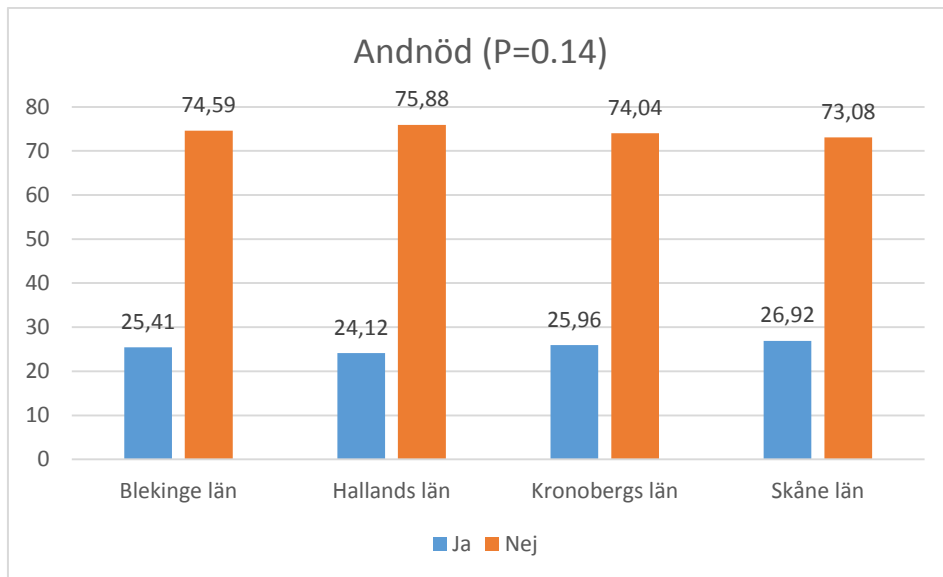












**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-03-02****Statsbidrag Regionalt cancercentrum Syd (RCC)**

Regionalt cancercentrum Syd (RCC) har årligen erhållit statsbidrag som finansiering av sin verksamhet. För år 2017 beräknas RCC finansieras genom statsbidrag, 8 000 tkr och solidarisk finansiering 6 348 tkr. Ansökan om statsbidrag ska vara inlämnad till Socialstyrelsen senast 22 mars 2017.

RCC fortsätter sitt arbete med att genomföra aktiviteter och utbildningsarbetet i linje med intentionerna i den nationella cancerstrategin och det fastställda uppdraget för RCC i enlighet med de tio kriterierna. Patientprocessarbetet är det uppdrag som upptar de största kostnaderna i budgeten.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-02-21 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** ansöka om statsbidrag för 2017 för fortsatt arbete med regionala cancercentrum,

**att** förklara ovanstående beslut omedelbart justerat.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-02-21 från Södra Regionvårdsnämndens kansli

2017-02-21

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Statsbidrag Regionalt cancercentrum Syd (RCC)**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att ansöka om statsbidrag för 2017 för fortsatt arbete med regionala cancercentrum enligt bilaga 1,
2. Att förklara ovanstående beslut omedelbart justerat

### **Bakgrund**

Regionalt cancercentrum Syd (RCC) har årligen erhållit statsbidrag som finansiering av sin verksamhet. För år 2017 beräknas RCC finansieras genom statsbidrag, 8 000 tkr och solidarisk finansiering 6 348 tkr. En ansökan om statsbidrag (bilaga 1) ska vara inlämnad till Socialstyrelsen senast 22 mars 2017.

RCC fortsätter sitt arbete med att genomföra aktiviteter och utbildningsarbetet i linje med intentionerna i den nationella cancerstrategin och det fastställda uppdraget för RCC i enlighet med de tio kriterierna. Patientprocessarbetet är det uppdrag som upptar de största kostnaderna i budgeten.

Rita Jedlert  
Direktör

## Ansökan om statsbidrag för 2017 för fortsatt arbete med regionala cancercentrum (RCC)

Så här använder du den elektroniska blanketten:

- ✓ Fyll i de gråmarkerade fälten i blanketten (klicka dig fram med musen eller tabbtangenten). Uppgifter om antal och belopp ska skrivas med siffror.
- ✓ Spara den ifyllda blanketten.
- ✓ Skriv ut blanketten, låt behörig person underteckna den och skicka den med begärda bilagor till Socialstyrelsen, Statsbidrag, 106 30 Stockholm.

Ansökan ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast den 22 mars 2017**.

Läs mer i *Anvisningar för att ansöka om statsbidrag för 2017 för fortsatt arbete med regionala cancercentrum (RCC)*

### Kontaktuppgifter

Namn på sökande RCC/landsting/samverkansorgan: Regionalt cancercentrum syd		Org.nr: 232100-0255
Utdelningsadress: Scheelevägen 8	Postnr: 22321	Postort: Lund
Namn på kontaktperson: Ingrid Vogel	Befattning: Verksamhetssamordnare	
E-postadress till kontaktperson: ingrid.vogel@skane.se	Telefonnr till kontaktperson: 046-275 22 65	

### Hantering av kontaktuppgifter

Kontaktuppgifter i denna blankett sparas och hanteras hos Socialstyrelsen i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204), PUL. Uppgifterna kan komma att användas vid förnyad kontakt.

### Kontouppgifter

Välj ett av två alternativ	Plusgironummer:
	Bankgironummer: 5094-3174
Betalningsreferens för sökandens bokföring (max. 10 tecken): FV71/21225	

**Ekonomi**

Sökt belopp från Socialstyrelsen för 2017: 8 000 000 kr
---

<b>Budget för ansökan om statsbidrag från Socialstyrelsen</b>	
	<b>Belopp (kr)</b>
Lönekostnader	6 237 000
Lokalhyra	
Resor	483 000
Köpta tjänster, material, hyrd utrustning	645 000
Annonsering och marknadsföring	400 000
Kost och logi	150 000
Kontorsmaterial, telefon etc.	35 000
Utrustning	
Trycksaker	50 000
<b>Summa budget för 2017 (=sökt belopp)</b>	<b>8 000 000</b>

<b>Annan finansiering för 2017</b>	
	<b>Belopp (kr)</b>
Andra finansiärer	488 000
Egen finansiering	22 244 000
<b>Summa annan finansiering för 2017</b>	<b>22 732 000</b>

<b>Budget per grupp av kriterier</b>		
	<b>Planerade aktiviteter 2017</b>	<b>Belopp (kr)</b>
	<i>Avser endast aktiviteter som finansieras med statsbidraget, skriv ca 150–300 ord per grupp av kriterier</i>	

Patientcentrerade kriterier	<p>Liksom föregående år upptar patientprocessarbetet de största kostnaderna i budgeten. Regionala patientprocessledare (RPPL) finns inom 15 olika diagnosområden och diagnosövergripande RPPL finns inom områdena rehabilitering, biobank och ärftlig cancer. Kostnader relaterat till patientprocessarbetet avser framförallt tjänsteköp av regionala processledare (som vanligen består av parledarskap med kirurg/urolog och onkolog/hematolog/lungmedicinare, men inkluderar även resor och mötesarrangemang för de såväl patientprocessledare som kontaktsjuksköterskor och andra yrkeskategorier som är involverade i patientprocessen. Inom området patient- och närståendestöd kommer RCC Syd att fortsätta det arbete som syftar till att följa upp kontaktsjuksköterskans roll och funktion. En kartläggning av behov och stöd till närstående kommer att genomföras inom ramen för pågående utvärdering av webbkonceptet Cancerkompisar.</p> <p>Det nya nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention kommer att medföra ett omfattande arbete för lands-ting/regioner i och med övergången till HPV-baserad diagnostik. RCC kommer att stödja arbetet genom utbildning, kommunikationsinsatser och etablerande av nätverk. Arbetet för jämlik screening avseende kolorektalcancer kommer att förstärkas genom den utredning som skall vara klar våren 2017 och avseende prostatacancerscreening förväntas nya nationella riktlinjer baserat på ny evidensgenomgång under våren 2017.</p> <p>Insatser för att kommunicera och implementera vårdprogrammet för cancerrehabilitering planeras. Inom området bäckencancerrehabilitering visar den kartläggning som gjordes 2016 ett behov av att samla och synliggöra såväl behov som resurser. Som ett första steg planeras kunskapshöjande åtgärder inom respektive förvaltning.</p> <p>Det nya patient- och närståenderåd som bildades 2016 önskar under 2017 fokusera på områdena kortare väntetider i cancervården (SVF), nivåstrukturering, närståendeperspektiv samt att etablera och upprätthålla en välfungerande dialog med patientföreningar.</p>	5 786 000
-----------------------------	---	-----------

Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning	<p>Insatser inom området forskning och innovation kommer att bedrivas i enlighet med beslutade handlingsplaner. RCC Syd fortsätter att stödja och administrera den regionala vänadsprovsamling inom cancerområdet som inrättats. En viktig del i arbetet är att etablera tydliga processer för att identifiera och tillhandahålla information om insamlade prover. Projektet geomapping kommer att utvidgas till att omfatta fler cancerformer därpaner finns för kolorektalancer och lungcancer. Inom ramen för projektet kommer dessutom en studie med fokus på följsamhet cervixcancerscreening och mammografi att genomföras. Under året planeras kommunikationsinsatser för att synliggöra projektet.</p> <p>Insatser planeras för att ett ökat antal patienter ska erbjudas möjlighet att delta i kliniska studier, vilket sker genom i samverkan med förvaltningarnas forskningschefer och de regionala processgrupperna. Vidare kommer den nationella portalen för kliniska cancerstudier att marknadsföras i olika forum.</p> <p>Arbetet med registerutveckling, förbättrad datakvalitet och modeller för återkoppling av registerdata fortsätter i regional och nationell samverkan med återkommande regionala kvalitetsdatadialoger på olika nivåer inom alla regionens alla förvaltningar. Arbetet präglas av användande av öppna kvalitetsdata, allt tätare uppföljningar och dialoger som en väg mot användning av kvalitetsdata i vardagen.</p> <p>RCC Syd kommer att ge fortsatt stöd vid utveckling, revidering och regionala konsekvensanalyser samt implementering av nationella vårdprogram.</p> <p>RCC Syd kommer under 2017 att fortsätta samarbetet med Skånes Universitetssjukvård inom området Comprehensive Cancer Centre (CCC) som betonar en nära samverkan och integration mellan forskning och klinisk cancervård och ett starkt fokus på kvalitet, multidisciplinär samverkan och processarbete.</p>	350 000
---	---	---------

<p>Kriterier gällande RCC:s organisation</p>	<p>Samtliga landsting/regioner och förvaltningar inom Region Skåne har inrättat RCC-råd/cancerråd med vilka RCC Syd planerar en att ha kontinuerliga dialoger kring cancervårdens kvalitet, förbättringsområden och initiering/uppföljning/rapportering av projekt som förbättrar och samordnar arbetet.</p> <p>Under 2017 fortsätter redan etablerad nationell samverkan kring RCCs samlade arbete, kvalitetsregister, vårdprogram, kommunikation och kontaktsjuksköterska-Min vårdplan. Den regionala cancerplanen kommer, i likhet med föregående år, att följas upp. Detta sker dels i form av en årlig samlad utvärdering och kontinuerligt via regionala dialoger med representanter för huvudmän, förvaltningsledning och regionala processledare.</p> <p>En plan för de regionala kommunikationsinsatser som planeras under 2017 har utarbetats. Fokus kommer att ligga på att förstärka och hitta välfungerande strukturer för kommunikation via sociala medier. RCC Syd kommer liksom föregående år att bidra med samfinansiering och samordnat arbete på RCC i samverkans gemensamma webbplats, cancercentrum.se.</p> <p>Arbetet med såväl nationell som regional nivåstruktureringsplan fortsätter med etablering av flera nya nationella vårdenheter, en ökad regional nivåstrukturering och uppföljning av nationella vårdenheter. RCC Syds arbetsstruktur inom området finns beskriven i den regionala cancerplanen och den regionala nivåstruktureringsplanen.</p>	<p>1 864 000</p>
<p><b>Summa planerade aktiviteter 2017</b></p>		<p><b>8 000 000</b></p>

Plats för kommentarer: Summan som budgeteras för posten "Andra finansiärer" avser medel från nationella kvalitetsregistersatsningen. RCC Syd var under 2014-2016 uppdelad i två enheter; Processutveckling respektive Registerutveckling där den sistnämnda enheten ffa fokuserade på de uppdrag som tidigare innehades av Onkologiskt Centrum. Sedan oktober 2016 är enheterna sammanslagna till en gemensam verksamhet varför summan som budgeteras för posten "Egen finansiering" avser RCC Syds totala solidariska finansiering från landsting/regioner i södra sjukvårdsregionen, d v s inkluderar de medel som erhålls för hantering av regionala canceranmälningar och regionalt kvalitetsregisterarbete.


**Sammanfattande beskrivning av ansökan, max 1200 tecken**

RCC Syds övergripande ambition är att, i enlighet med överenskommelsen om cancervården mellan staten och SKL, arbeta för en jämlik vård av hög kvalitet, vilket innefattar implementering av bästa tillgängliga kunskap, utvecklingsarbete och nytänkande i syfte att utveckla cancervården.

Liksom föregående år kommer fokus att ligga på att ge stöd till och följa upp regionalt utvecklings- och förbättringsarbete i cancerrelevanta frågor. Detta arbete innefattar att genomföra projekt och åtgärder kopplade till den regionala cancerplanen "Delar i en Helhet" samt det processarbete som beskrivs i "Prioriterade insatser i patientprocesserna". Detta innebär fortsatt utvecklingsarbete i linje med intentionerna i den nationella cancerstrategin och det fastställda uppdraget för RCC i enlighet med de tio kriterierna.

En förutsättning för måluppfyllelse är samverkan på olika nivåer: nationellt, regionalt och mellan RCC och linjeorganisationen.

**Behörig företrädare för sökanden intygar härmed att uppgifterna som lämnas i denna ansökan är riktiga.**

Ort och datum Lund 2017-02-20	Underskrift 
Befattning Verksamhetschef	Namnförtydligande Mef Nilbert

**Förklaringar*****Budgetposter***

**Lönekostnader:** Sammanlagda personalkostnader, dvs. fast och tillfällig personal samt arvoden och övriga ersättningar

**Lokalhyra:** Lokaler som används för ändamålet, fasta och tillfälliga t.ex. kontor, möteslokaler

**Resor:** Endast resekostnader dvs. kostnader för olika färdstätt. OBS! Ej andra förrätningskostnader, t.ex. kost

**Köpta tjänster, material, hyrd utrustning:** Material och förbrukningsvaror, tillfällig lokalhyra t.ex. vid externa workshops, konferenser mm samt kostnad för hyrd utrustning

**Annonsering och marknadsföring:** Annonser och övrig marknadsföring. OBS! Ej lönekostnader

**Kost och logi:** Kost och logi vid resor t.ex. studiebesök, planeringar m.m.

**Kontorsmateriel, telefon m.m.:** Kontorsmateriel och andra förbrukningsvaror

**Utrustning:** Inköp av utrustning

**Trycksaker:** Framtagande av trycksaker, filmer m.m.

### ***Grupper av kriterier***

#### **Patientcentrerade kriterier**

- Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer
- Vårdprocesser
- Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård
- Patientens ställning i cancervården

#### **Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning**

- Utbildning och kompetensförsörjning
- Kunskapsstyrning
- Klinisk cancerforskning och innovation

#### **Kriterier gällande RCC:s organisation**

- Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet
- Utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen
- Nivåstrukturering

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-03-02****Kommittén för Klinisk behandlingsforskning – ersättare för Martin Laurell**

Martin Laurell, överläkare, har varit Södra sjukvårdsregionens representant i kommittén för klinisk behandlingsforskning fram till sin pensionering. En efterträdare behöver utses.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-02-09 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** utse professor Anders Christensson, Skånes universitetssjukhus, till Södra sjukvårdsregionens representant i kommittén för klinisk behandlingsforskning.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-02-09 från Södra Regionvårdsnämndens kansli

Rita Jedlert  
Direktör  
Mobilfn: 076 – 887 19 95  
E-post: [rita.jedlert@skane.se](mailto:rita.jedlert@skane.se)

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Representant för Södra sjukvårdsregionen i Kommittén för klinisk behandlingsforskning**

### Ordförandens förslag

1. Professor Anders Christensson, Skånes universitetssjukhus utses till Södra sjukvårdsregionens representant i kommittén för klinisk behandlingsforskning.

### **Bakgrund**

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2013-11-22 att utse docent Martin Laurell till regionens representant i kommittén för klinisk behandlingsforskning. Martin har gått i pension och en efterträdare till honom behöver utses.

Professor Anders Christensson har under många år varit engagerad i det regionala arbetet inom kunskapsgruppen för njursjukdomar samt i chefsområdet inom samma område. Anders bedöms vara en utmärkt ersättare efter Martin Laurell.