

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 specialistläkare 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 specialistläkartjänst. 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 distriktsköterska 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 ineliggande 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 specialisläkare 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 cancerråden 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 vård dagar och antalet patienter i palliativ slutenvård är högst i Skåne och medelvårdtiden är 14 dygn. I Blekinge är det relativa antalet vård dagar 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 specialistläkare 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	172490
Halland	90-100	1035	2259	
	80-89	5703	8181	
	70-79	12709	13034	
	70-100	19447	23474	42921
Kronoberg	90-100	687	1211	
	80-89	3766	5426	
	70-79	8123	8438	
	70-100	12576	15075	27651
Blekinge	90-100	525	1185	
	80-89	3272	4538	
	70-79	7664	8161	
	70-100	11461	13884	25345

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 specialistläkare	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 arbetsterapeut 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 utbildningsinsatser	Ja, Palliativt Centrum. Grundutbildning, klinisk utveckling (0,4 läk + 0,5 ssk)	Ja, Palliativt Utvecklingscentrum
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

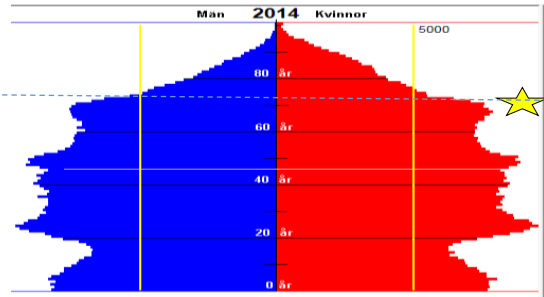
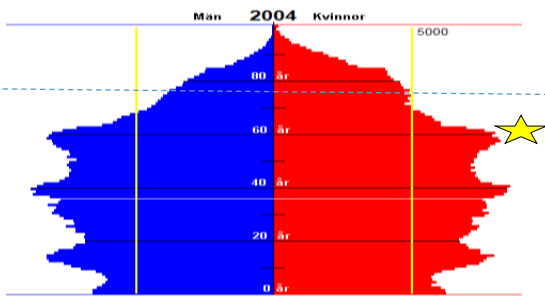
Tabell 5 Samverkan Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015

Variabler	Blekinge	Halland	Kronoberg	Skåne
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

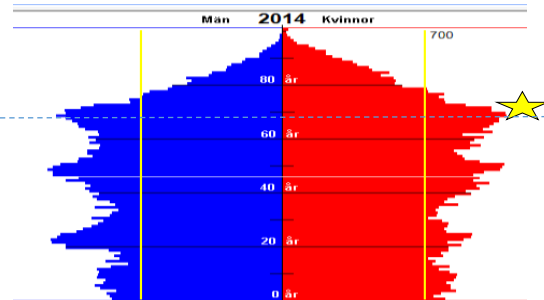
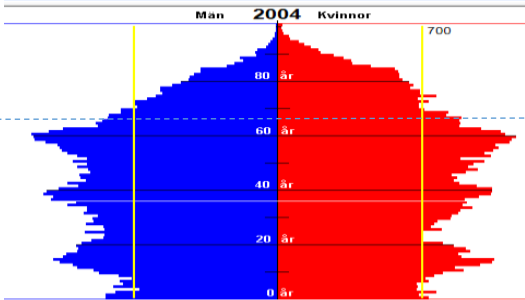
Tabell 6 Kvalitet Specialiserad Palliativ vård i Södra sjukvårdsregionen 2015

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 smärtskattningsinstrument	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

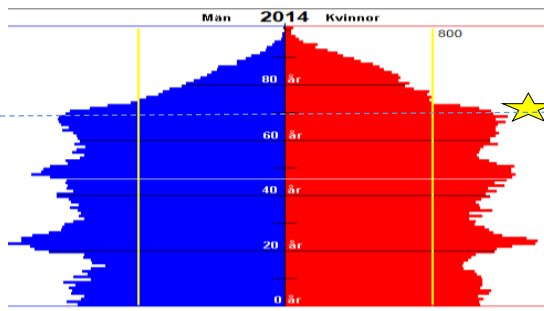
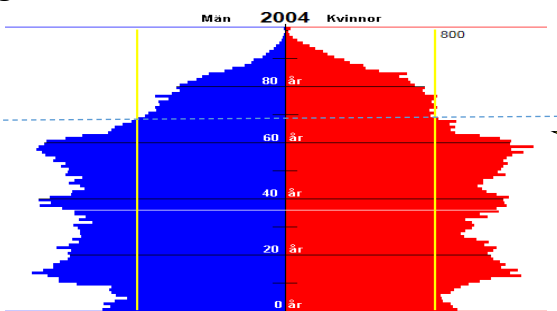
Skåne



Blekinge



Kronoberg



Halland

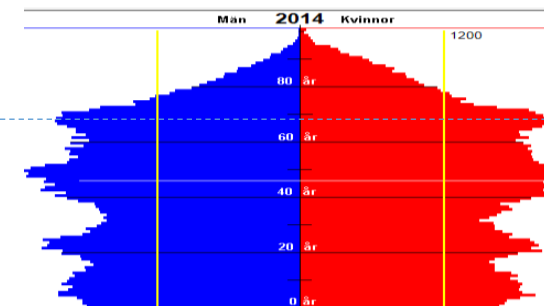
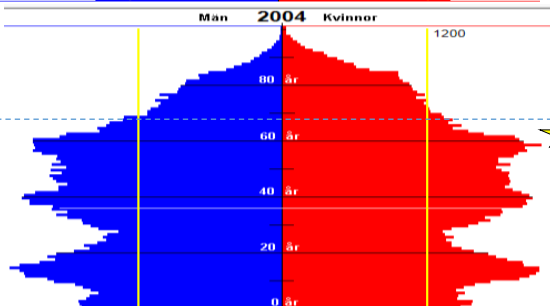


Bild 1 Demografi, Södra Sjukvårdsregionen, 2014