



Landstinget Dalarna

**Palliativ vård
Revisionsrapport**

Offentlig sektor - Advisory
KPMG AB
2015-04-01
Antal sidor: 21

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Bakgrund	2
3.	Revisionsfrågor	3
4.	Avgränsning	4
5.	Revisionskriterier	4
6.	Metod	4
7.	Utgångspunkter	5
8.	Palliativ vård i Dalarna	6
8.1	Allmän palliativ vård	6
8.2	Specialiserad palliativ vård	8
8.3	Kommentar och bedömning	10
9.	Riktlinjer	11
9.1	Uppdragsbeskrivning palliativ vård	11
9.2	Palliativa rådet	12
9.3	Kommentarer och bedömning	13
10.	Kvalitetsuppföljning av den palliativ vården	13
10.1	Brytpunktssamtal	14
10.2	Dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel	15
10.3	Munhälsa	16
10.4	Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet	17
10.5	Kommentarer och bedömning	18
11.	Palliativ vård för barn och unga	19
11.1	Palliativ vård för barn och unga i Dalarna	20
11.2	Kommentarer och bedömning	20

1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna (Lt. Dalarna) genomfört en granskning av den palliativa vården. Granskningens övergripande syfte är att bedöma om hälso- och sjukvården utifrån ett patientperspektiv tillhandahåller en rimligt jämlik palliativ vård för hela befolkningen.

Behovet av palliativ vård (vård i livets slutskede) är stort och förväntas öka i framtiden. Människor som vårdas i livets slutskede finns inom i stort sett all öppen och slutna sjukvård samt inom den kommunala vården. Varje år dör cirka 1 procent av Sveriges befolkning (cirka 100 000 människor). År 2014 var det cirka 3 000 personer som dog i Dalarna. De flesta av dem som dör, dör den "långsamma döden" och har i livets slutskede behov av insatser från hälso- och sjukvårdens olika delar.

Den palliativa vården delas upp *allmän* och *specialiserad palliativ vård*.

Med allmän palliativ vård avses palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens inom palliativ vård¹. Det innebär att allmän palliativ vård bedrivs i alla delar av landstingets hälso- och sjukvård (sjukhus- och primärvård) och kommunernas hälso- och sjukvård och omsorg där människor får vård och omsorg i livets slutskede. I den allmänna palliativa vården är palliativ vård en integrerad del av hälso- och sjukvården/omsorgen.

Med specialiserad palliativ vård avses vård som ges till patienter med komplexa symptom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård. Inom den specialiserade palliativa vården är palliativ vård huvuduppgiften. Lt. Dalarna har haft multiprofessionella team geografiskt fördelade för specialiserad palliativ vård i mer än 15 år. Sedan år 2012 är samtliga palliativa team organiserade inom en och samma klinik/verksamhetsområde. Det finns åtta lokala team inom kliniken som bedriver verksamhet inom respektive geografiska område. År 2014 var 590 patienter anslutna till de palliativa teamen och av de som dog i Dalarna var 8,2 procent anslutna till den specialiserade palliativa vården.

Bedömningen är att Lt. Dalarna tillhandahåller en rimligt lika specialiserad palliativ vård för hela befolkningen i länet. Förutsättningarna för en likvärdig palliativ vård har ökat i och med bildandet av länskliniken för specialiserad palliativ vård. Däremot är granskningen mer tveksam till om den allmänna palliativa vården som bedrivs på sjukhusens avdelningar i tillräcklig utsträckning främjar patienters välbefinnande och livskvalitet i livets slutskede.

¹ Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

Granskningens sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsens intentioner avseende palliativ vård fått genomslag inom den specialiserade palliativa vården men att styrelsen hitintills inte säkerställt en allmän palliativ vård med samma kvalitet. Detta innebär att bedömningen är att länets invånare, ur ett patientperspektiv, för närvarande inte erbjuds palliativ vård på rimligt lika villkor.

Med utgångspunkt från granskningen lämnas nedanstående rekommendationer.

- ✓ Lt. Dalarna fortsätta utveckla den specialiserade palliativa vården på det sätt som har påbörjats i och med att den länsövergripande kliniken bildats och speciellt analysera behovet av hospicevård.
- ✓ Lt. Dalarna bör tydligare, i styrdokument, beskriva hälso- och sjukvårdens ansvar för den allmänna palliativa vården och säkerställa att den bedrivs på likartat sätt i hela länet utifrån uppdragsbeskrivningar, nationella riktlinjer och vårdprogram.
- ✓ Primärvårdens ansvar för den allmänna palliativa vården bör tydliggöras i Hälsovalets uppdragsbeskrivning för primärvård.
- ✓ I samtliga överenskommelser som tecknas mellan vårdcentralerna och kommunerna om läkarinsatser vid vård- och omsorgboende och i hemsjukvård bör läkaransvaret i den allmänna palliativa vården beskrivas.
- ✓ Brytpunktssamtal är en läkaruppgift och ska endast i undantagsfall delegeras till sjuksköterska.
- ✓ En grundläggande modell för samverkansmodell för palliativ vård av barn bör tas fram som kan anpassas individuellt när behov uppstår av palliativ vård/avancerad sjukvård i hemmet för barn.

2. Bakgrund

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lt. Dalarna genomfört en granskning av den palliativa vården. Granskningens övergripande syfte är att bedöma om hälso- och sjukvården utifrån ett patientperspektiv tillhandahåller en rimligt jämlik palliativ vård för hela befolkningen.

Med palliativ vård menas ett förhållningsätt som syftar till att förbättra livskvalitet för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Ursprungligen tillkom den palliativa vården för cancerpatienter i livets slutskede men har successivt kommit att omfatta en stor bredd av sjukdomar och skador och bör erbjudas alla döende patienter oavsett vårdform och diagnos. Vårdformen omfattar också stöd till anhöriga.

År 1997 beslutade riksdagen om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det gjordes en indelning i prioriteringsgrupper där palliativ vård i livets slutskede tillsammans med bl.a. vård av livshotande akuta sjukdomar ingår i prioriteringsgrupp 1. Socialstyrelsen har så sent som år 2013 fastställt nationella riktlinjer för den palliativa vården.

Trots en omfattande utveckling och ett ökat fokus mot den palliativa vården är, enligt Socialstyrelsen, tillgången till vårdformen ojämnt fördelad i landet. Fortfarande uppges bostadsort vara avgörande för vilken palliativ vård som kan erbjudas.

Ansvar för den palliativa vården är idag delat mellan kommunens och landstingets hälso- och sjukvård. Kommunerna tillhandahåller palliativ vård vid t.ex. vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende. Landstingets hälso- och sjukvård ska tillhandahålla vård på sjukhusens slutenvårdsavdelningar eller i patientens hem, ofta i form av specialiserad palliativ vård.

I Lt. Dalarna har den palliativa vården utvecklats under senare år. Specialiserad palliativ vård bedrivs efter remiss från annan del av hälso- och sjukvården vid en självständig palliativ verksamhet som dels tillhandahåller vård i patientens hem genom olika team som täcker hela länet och dels en vårdavdelning i Falun. Allmän palliativ vård bedrivs också i olika former på flera av hälso- och sjukvårdens slutenvårdsavdelningar. För palliativ vård vid vård- och omsorgsboenden etc. ansvarar respektive kommun.

Mot bakgrund av bl.a. Socialstyrelsens bedömning att den palliativa vården är ojämnt fördelad, vill revisorerna i Lt. Dalarna få underlag för att bedöma om Lt. Dalarna säkerställt att den palliativa vården som erbjuds av landstingets hälso- och sjukvård sker på rimligt, lika villkor för hela befolkningen. Ambitionen är att granskningen ska utgå från ett tydligt patientperspektiv.

3. Revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvården utifrån ett patientperspektiv tillhandahåller en rimligt lika palliativ vård för hela befolkningen.

Inom ramen för granskningens övergripande syfte kommer den att omfatta följande moment samt lämna svar på följande frågeställningar:

- Är den palliativa vård som befolkningen i länet erhåller av hälso- och sjukvården rimligt likvärdig vad gäller trygghetsskapande teamarbete under hela dygnet, tillgång till adekvat smärtlindring, kontinuitet i personal samt stöd till närstående under sjukdomstiden och i sorgearbetet?

- Finns en fungerande samverkan mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården för att säkerställa en ändamålsenlig palliativ vård i hela organisationen?
- Har landstinget säkerställt att de fysiska miljöerna på sjukhusen där palliativ vård bedrivs är utformade för att främja patientens välbefinnande och livskvalitet, dels att berörd personal har förutsättningar (tid och kompetens) att bedriva en ändamålsenlig palliativ vård?
- Särskild uppmärksamhet ska riktas mot den palliativa vård som riktas till barn.
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.

4. Avgränsning

Granskningen har avgränsats till den palliativa vård som bedrivs av landstinget, dvs. den specialiserade palliativa vården som bedrivs vid den Palliativa verksamheten och den allmänna palliativa vården som bedrivs vid övriga slutenvårdsenheter. Granskningen avser den del av den palliativa vården som tillhandahålls under den s.k. senare palliativa fasen, dvs. den palliativa vården i livets slutskede.

5. Revisionskriterier

Granskningen tar sin utgångspunkt från lagstiftning och styrande dokument som t.ex.

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen, 2013
- Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014. Regionala Cancercentrum i samverkan, 2012.

6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och fältbesök. Intervjuer genomfördes med representanter för hälso- och sjukvårdsavdelningen, ledningen för länskliniken för den specialiserade palliativa vården, teamen i Falun och Mora samt den palliativa vårdavdelningen vid Falu lasarett. Sex vårdavdelningar vid Falu och Mora Lasarett har besökts. Intervjuer har genomförts med fem verksamheter vid vårdcentraler inom Hälsoval Dalarna. Totalt har ett 30-tal intervjuer genomförts. Rapporten är sakgranskad av verksamhetschefen för den specialiserade palliativa vården.

7. Utgångspunkter

En god palliativ vård utgår från de fyra hörnstenarna, symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer från år 2013² är dessa fyra hörnstenar nödvändiga för att ha en gemensam utgångspunkt för den palliativa vården hos de olika aktörerna inom landsting och kommuner.

I Socialstyrelsens termbank definieras palliativ vård som ”hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående”.

I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård³ beskrivs en svensk översättning av WHO:s definition från år 2002 av palliativ vård. Översättningen beskriver att den palliativa vården:

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

Den palliativa vården delas oftast upp i två delar, allmän och specialiserad palliativ vård.

Allmän palliativ vård är palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård⁴. Det innebär

² Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen 2013.

³ Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014. Regionala Cancercentrum i samverkan,

⁴ Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

att allmän palliativ vård bedrivs i alla delar av hälso- och sjukvården där människor får vård i livets slutskede. Det innebär i praktiken att all hälso- och sjukvård på något sätt berörs av palliativ vård. Tidigare har allmän palliativ vård även benämnts basal palliativ vård.

Detta för med sig att all hälso- och sjukvårdspersonal bör ha en grundläggande kunskap om vad palliativ vård innebär.

Med *specialiserad palliativ vård* avses den vård som ges av ett multiprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterskor och oftast av undersköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer m.fl. med kompetens inom specialiserad palliativ vård⁵. Den specialiserade palliativa vården ges dels vid hospice⁶/palliativa slutenvårdsplatser eller dels vid sjukvård i hemmet. Det innebär att vården ska vara teambaserad, läkarledd och ha möjligheter att inleda teknisk avancerad behandling dygnet runt samt ha palliativ vård som huvudinriktning. En uppgift för den palliativa specialiserade vården är även att vara rådgivande till den allmänna palliativa vården.

En förutsättning för en god allmän palliativ vård vid kommunala vård- och omsorgsboende och hemsjukvård är att det finns en fungerande samverkan med landstingsfinansierad primärvård. Även för den specialiserade palliativa vården finns det i vissa fall behov av samverkan med kommunal vård och omsorg och hälso- och sjukvård.

8. Palliativ vård i Dalarna

8.1 Allmän palliativ vård

Som beskrivs ovan är allmän palliativ vård den vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård⁷. Det innebär i praktiken att allmän palliativ vård bedrivs i alla delar av hälso- och sjukvården där människor får vård i livets slutskede. Inom den avancerade palliativa (specialiserade) vården är palliativ vård huvuduppgiften medan den allmänna palliativa vården är en integrerad del i den ordinarie sjukvården. Det för med sig att all hälso- och sjukvårdspersonal bör ha en grundläggande kunskap om vad palliativ vård innebär.

Allmän palliativ vård ges i sluten- och öppenvården vid länets akutsjukhus, i den enskildes hem av hemsjukvården eller i kommunernas vård- och omsorgsboenden.

⁵ Ibid.

⁶ Hospice = Hospicevård och palliativ vård används ofta som synonyma begrepp. Med hospice avses oftast en slutenvårdsform där patienten kan få vård den sista tiden i livet.

⁷ Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

En inte oväsentlig del av den allmänna palliativa vården bedrivs vid länets sjukhus både inom öppenvård och vid vårdavdelningar. Det finns dock inga tillförlitliga data om omfattningen av patienter som får insatser av karaktären allmän palliativ vård, fränsett antalet avlidna inom verksamheten och antalet anmälda till det palliativa registret.

Under granskningens genomförande har situationen inom sjukhusvården i Dalarna varit ansträngd. Framförallt har det handlat om neddragning av vårdplatser pga. sjuksköterskebrist och om att inte kommunerna kan ta emot patienter som är medicinskt färdigbehandlade.

I våra intervjuer påpekas att detta i stor utsträckning påverkar gruppen patienter som har behov av allmän palliativ vård men inte av specialiserad palliativ vård. Det påpekas att det skiljer sig i länet avseende vilka medicinska insatser som de olika kommunerna anser sig kunna utföra. I vissa kommuner utförs mer avancerade insatser som t.ex. blodtransfusioner men inte i andra kommuner.

Förväntningarna på den specialiserade palliativa vården är stor. Öppnandet av en palliativ vårdavdelning på Falu lasarett har inneburit att den specialiserade palliativa vården har blivit mer synlig. Antalet dokumenterade telefonkonsultationer till den specialiserade palliativa vården har ökat med mer än 100 procent mellan år 2013 och 2014.

I samband med våra intervjuer så påpekar några av respondenterna behovet av hospiceplatser. I dag finns som nämns nedan en palliativ vårdavdelning vid Falu lasarett som till viss del kan ses som en hospiceavdelning. Avdelningen är dock inte enbart en hospiceavdelning utan en avdelning där vården är inriktad på akuta vårdinsatser för palliativa patienter. Det finns också, som nämns nedan, trygghetsplatser på Falu lasarett samt vid Avesta-, Borlänge och Ludvika- och Avesta sjukhus för patienter anslutna till den specialiserade palliativa vården. På Mora lasarett finns det möjlighet för direktinläggning för palliativa patienter i behov av medicinska åtgärder. Detta gäller framförallt patienter som inte är anslutna till den specialiserade palliativa vården.

I och med att hemsjukvården överförts till kommunernas hälso- och sjukvård har kommunerna ansvaret för den allmänna palliativa vården i hemmet och vid vård- och omsorgsboenden. Detta beskrivs tydligt i den överenskommelse som tecknades i och med att kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvården 1 januari 2013.

Läkarinsatser vid vård- och omsorgsboenden och inom hemsjukvården är ett ansvar för primärvårdsnivån. Läkarinsatser vid kommunernas vård- och omsorgsboenden och inom kommunernas hemsjukvård regleras genom överenskommelser/avtal mellan kommunerna och de lokala vårdcentralerna.

I förfrågningsunderlaget för Hälsoval Dalarna beskrivs inte uttryckligen läkaransvaret för den allmänna palliativa vården inom kommunerna hälso- och sjukvård. Däremot

beskrivs att hälsovalenheter ska ha avtal med kommunerna om läkarinsatser inom kommunala vård- och omsorgsboenden och hemsjukvården.

I varje kommun finns det överenskommelser om hur läkarinsatser i kommunernas hälso- och sjukvård inom vård- och omsorgsboende och hemsjukvård ska organiseras och utföras. Vi har tagit del av dessa avtal och kan konstatera att dessa är olika utformade vad gäller palliativ vård. I några av överenskommelserna är det tydligt formulerat om läkarinsatser inom den palliativa vården inom kommunens hälso- och sjukvård. I andra överenskommelser är det inte uttalat utan enligt intervjuer underförstått som en del i uppdraget. I några av avtalen är det formulerat att när läkare eller sjuksköterska bedömer att livsuppehållande behandling inte längre är meningsfull ska sjuksköterska eller läkare planera för vård i livets slutskede i samråd med patient eller anhörig. Det beskrivs också att det är ”sjuksköterska som ska genomföra samtalet och om så behövs ska läkare konsulteras”. I de nationella riktlinjerna beskrivs att brytpunktssamtal ska vara ett läkarsamtal med patient/anhörig.

8.2 Specialiserad palliativ vård

Lt. Dalarna har haft multiprofessionella team geografiskt fördelade för specialiserad palliativ vård sedan drygt 15 år tillbaka. Teamen har varit olika organiserade. Det fanns samverkan mellan de olika teamen men de tillhörde olika verksamheter. Sedan år 2012 är samtliga palliativa team organiserade inom en och samma klinik/verksamhetsområde.

Det finns åtta lokala team inom kliniken som bedriver verksamhet inom respektive geografiska område. I respektive team finns det läkare och sjuksköterskor. De åtta teamen är (inom parentes anges antalet inskrivna patienter år 2014):

- ✓ Avesta – Hedemora (94)
- ✓ Borlänge – Säter – Gagnef (116)
- ✓ Falun (93)
- ✓ Ludvika – Smedjebacken (83)
- ✓ Leksand – Rättvik (74)
- ✓ Mora – Orsa (93)
- ✓ Vansbro – Malung – Sälen (34)
- ✓ Älvdalen – Idre⁸ (21)

Totalt var 590 patienter anslutna till de palliativa teamen år 2014. Det är en ökning jämfört med år 2013 då 403 patienter var inskrivna vid de palliativa teamen i länet. Av dessa var 45 procent kvinnor. Under år 2014 var det 227 personer av de inskrivna i den specialiserade palliativa vården som dog i hemmet (år 2013 229).

⁸ Älvdalen – Idre-teamet bemannas av läkare från Mora – Orsa och av sjuksköterskor från Älvdalens kommun

Av de 3 048 personer som dog i Dalarna år 2014 var 251 (8,2 procent) anslutna till den specialiserade palliativa vården. Det är den största andelen i Sverige. I övriga landsting varierar andelen mellan 0,1 procent (Norrbotten) till 6,5 procent (Östergötland). Skillnaderna kan delvis förklaras utifrån att den specialiserade palliativa vården är olika organiserad. I vissa län är de specialiserade palliativa teamen rådgivande i större utsträckning och har inte totalansvar för patienter. Huvudparten av patienterna anslutna till den specialiserade palliativa vården i Dalarna har en cancerdiagnos (cirka 90 procent).

Under år 2014 öppnade en palliativ vårdavdelning vid Falu lasarett. De första månaderna fanns det sex vårdplatser och sedan april 2014 finns det åtta vårdplatser på den palliativa vårdavdelningen. Enligt personalen kan vården som bedrivs vid avdelningen betraktas mer som en palliativ akutuvsavdelning än en palliativ vårdavdelning. Den palliativa vårdavdelningen avlastar framförallt andra vårdavdelningar på Falu lasarett. Under år 2014 vårdades 304 patienter vid den palliativa avdelningen vid Falu lasarett (297 avslutade vårdtillfällen, 2 316 vård dagar). Medelvårdtiden vid den palliativa vårdavdelningen var 6,5 dagar och 95 patienter avled vid avdelningen år 2014. Bakgrunden till att man inte kunnat bedriva en palliativ vårdavdelning på det sätt man önskat eller som var planerat beskrivs bero på neddragningar vid andra delar av sjukhuset. Enligt dem som vi intervjuat beskrivs att den palliativa vårdavdelningen kunde tillskapas på grund av neddragningar av vårdplatser inom kirurgkliniken vid Falu lasarett.

Omfattningen av verksamheten har ökat väsentligt under år 2014 jämfört med år 2013. Antalet sjuksköterskebesök har ökat från cirka 14 000 år 2013 till drygt 22 200 år 2014. Antalet läkarbesök har under samma tidsperiod ökat från cirka 1 900 till knappt 2 400 och antalet registrerade telefonkonsultationer har ökat från cirka 700 till 1 900.

Huvuddelen av den specialiserade palliativa vården bedrivs i patientens eget hem. Även om mer och mer avancerade behandlingar kan ges i den enskilde patientens hem finns det ibland behov av vård vid sjukhus av medicinska skäl men också vård utanför hemmet av mer omvårdnadsmissiga skäl. Inom de olika teamen och sjukhusen är detta organiserat på olika sätt.

Förutom den palliativa vårdavdelningen vid Falu lasarett finns det s.k. trygghetsplatser vid sjukhusen och inom kommunernas vård- och omsorgsboenden (korttidsboende). Vid Falu lasarett och vid Avesta-, Borlänge- och Ludvika sjukhus finns dessa avlastningsplatser vid respektive sjukhus geriatriska verksamhet. Ansvarig för vården är respektive klinik där trygghetsplatserna är belägna. Det beskrivs att vården sker i samråd med de palliativa teamen.

Vid Mora lasarett finns inte motsvarande trygghetsplatser på sjukhuset. Däremot finns ett system där kända patienter som har behov av palliativ vård vid sjukhus direkt kan läggas in vid sjukhusets vårdavdelningar.

I Mora och i övriga kommuner finns det trygghetsplatser vid kommunala korttidsboenden. Vid vissa av dessa korttidsplatser tar primärvårdsläkare över det medicinska läkaransvaret enligt avtal mellan primärvården och kommunerna, medan i andra kommuner har de palliativa teamens läkare läkaransvaret. Vård vid kommunala trygghetsboenden ska biståndsbedömmas enligt Socialtjänstlagen.

Totalt är 125 personer anställda (104,5 årsarbetare) inom den specialiserade palliativa vården. Kliniken har inte haft problem med att rekrytera sjuksköterskor. Däremot har kliniken periodvis haft svårigheter att rekrytera läkare och har därför haft höga kostnader för timanställda läkare. Under år 2014 har det också etablerats en beredskapslinje för att täcka behovet av läkare vid jourtid och vid den palliativa vårdavdelningen.

Specialitetsgruppen för palliativ vård har tagit fram en uppdragsbeskrivning för den specialiserade palliativa vården i Dalarna. Uppdragsbeskrivningen beskriver hur den specialiserade palliativa vården ska utformas i Lt. Dalarna. Det finns även en verksamhetsplan för den specialiserade palliativa vården som beskriver uppdraget och vad som ska följas upp årligen.

Det finns riktlinjer framtagna för vad en remiss om specialiserad palliativ vård ska innehålla. De frågeställningar som bedöms och som det ska finnas information om i remissen är

- Om patienten har en aktiv, progredierande och långt framskriden sjukdom med begränsad överlevnad där vården fokuseras på livskvalitet
- Om patienten har extraordinära palliativa behov
- Om patienten och anhöriga är medvetna om diagnos/prognos och om det skett något brytpunktssamtal
- Om patient och anhörig önskar anslutning till det palliativa teamet för att vårdas i hemmet

8.3 Kommentar och bedömning

Granskningens bedömning är att Lt. Dalarna tillhandahåller en rimligt lika specialiserad palliativ vård för hela befolkningen i länet. Bedömningen är att förutsättningarna för en likvärdig palliativ vård har ökat i och med bildandet av länskliniken för specialiserad palliativ vård.

Granskningens bedömning är att det troligen finns ett behov av fler speciella vårdplatser för patienter i livets slutskede. I dagsläget finns det trygghetsplatser (avlastningsplatser) vid Falu lasarett, Avesta-, Borlänge och Ludvika sjukhus samt i de flesta kommuner i länet. Vi anser det viktigt att säkerställa att behovet av trygghetsplatser och palliativa vårdplatser på sjukhus är likvärdigt, både avseende tillgänglighet och inne-

håll i hela länet. Vi anser att detta är extra viktigt i det ansträngda läget på länets sjukhus avseende vårdplatser, att säkerställa denna patientgrupps vård utifrån sina specifika behov.

Att uttala sig om och bedöma om den allmänna palliativa vården är likvärdig över länet är betydligt svårare. Den allmänna palliativa vården är en integrerad del av annan vård och definieras inte alltid som palliativ. I landstingets uppföljningssystem kan man inte med säkerhet fastställa hur stor del av vården vid länets sjukhus som är palliativ vård. För att ta reda på vilken omfattning den allmänna palliativa vården vid länets sjukhus har skulle en punktprevalensundersökning kunna utföras. Det innebär att vid ett specifikt tillfälle (dag eller vecka) mäta hur många av avdelningarnas inneliggande patienters vård som kan definieras som palliativ.

När det gäller primärvårdens palliativa vård bedrivs den i stor utsträckning som läkarinsatser vid kommunernas vård- och omsorgsboende och i hemsjukvård. Vi anser att det är rimligt att den palliativa vården nämns i Hälsovalets uppdragsbeskrivning för primärvård. Vi anser även att de överenskommelser som tecknas mellan vårdcentralerna och kommunerna bör beskriva läkaransvaret i den palliativa vården. Vi anser också att brytpunktssamtal är en läkaruppgift och endast i undantagsfall kan delegeras till sjuksköterska. I de nationella riktlinjerna beskrivs brytpunktssamtalet som ett samtal mellan läkare och patient/anhöriga.

9. Riktlinjer

Det finns en aktuell uppdragsbeskrivning för den specialiserade palliativa vården i Lt. Dalarna inom kliniken för specialiserad palliativ vård. Det finns också aktuella riktlinjer för vilka patienter som ska remitteras till den specialiserade palliativa vården. På landstingets hemsida finns det också rutiner och riktlinjer för palliativ vård. Flerparten av dessa är inte uppdaterade. Det finns t.ex. en handledning vid utskrivning av palliativa patienter till hemmet som hänvisar till den tidigare organisationen för specialiserad palliativ vård.

9.1 Uppdragsbeskrivning palliativ vård

År 2013 beslutade Landstingsstyrelsens arbetsutskott om en politisk uppdragsbeskrivning för god palliativ vård (se bilaga 1). Uppdragsbeskrivningen följer den modell som utarbetats inom samverkansnämnden Uppsala – Örebro för att hantera nationella riktlinjer på ett likartat sätt i regionen. Samverkansnämnden beslutar om en politisk viljeinriktning och rekommenderar landstingen att ta fram lokala uppdragsbeskrivningar.

Uppdragsbeskrivningen togs fram genom lokal gap-analys och beskrev ett antal prioriterade områden inom den palliativa vården.

- Utveckling av läkares kompetens och förmåga att kontinuerligt föra samtal med patienter om övergång till palliativ vård och om vårdens innehåll och inriktning i livets slutskede.
- Kontaktsjuksköterskefunktion bör införas vid alla kliniker som vårdar patienter med livshotande och obotliga sjukdomar.
- Barn- och ungdomsmedicinska kliniken och kliniken för specialiserad palliativ vård fick ett särskilt ansvar att säkerställa palliativa insatser till barn.
- All personal som arbetar med palliativ vård ska erbjudas utbildning och handledning.

Det planeras en uppföljning av uppdragsbeskrivningen under år 2015. Med utgångspunkt från uppdragsbeskrivningen genomfördes år 2013 en utbildningssatsning i länet. Utbildningssatsningens syfte var att utbilda sjuksköterskor till lokala utbildare i palliativ vård och hur palliativregistret kan användas i utvecklingsarbetet av den palliativa vården. Utbildning har genomförts i sex av länets kommuner och vid sjukhusen. Uppdragsbeskrivningen är inte känd i verksamheten och uppges inte utgjort något underlag för riktlinjer och rutiner.

9.2 Palliativa rådet

Efter uppstartsmötet i september år 2013 började arbetet med att bilda ett palliativt råd i Dalarna. Bakgrunden till det palliativa rådet var ett förslag från det regionala cancercentrumet i Uppsala-Örebroregionen att det skulle bildas ett formellt palliativt råd med tydligt uppdrag och med mandat att förslå förändringar i arbetssättet i respektive län. Ett av syftena med det palliativa rådet är att det ska möjliggöra en bättre samverkan mellan olika vårdgivare. Den lokala bakgrunden var att det år 2012 bildats en länsövergripande klinik för specialiserad palliativ vård och i januari 2013 kommunaliseras hemsjukvården. Det saknades forum för den samlade den allmänna palliativa vården i länet. Uppdraget för rådet är bl.a. att:

- Verka för en god palliativ vård för alla i länet; oavsett diagnos/vårdform/bostadsort.
- Utveckla samarbetet mellan alla vårdgivare/aktörer i länet.
- Inventera, föreslå och medverka vid utbildningar på alla nivåer

Det palliativa rådet har representanter från länets kommuner, sjukhusen, primärvården och den specialiserade palliativa vården. Rådet har initialt bl.a. arbetat med att kartlägga den palliativa vården i länet. Kartläggningen är inte klar men preliminära uppgifter visar att insatserna i den kommunala palliativa vården ser olika ut. Rådet planerar också för utbildningssatsningar riktade till landstinget och kommunerna.

9.3 Kommentarer och bedömning

Samverkan inom den palliativa vården i Lt. Dalarna bedömer vi generellt som tillfredsställande. En indikator på detta är att t.ex. antalet konsultationer till den specialiserade palliativa vården ökat kraftigt. Däremot är bedömningen att det i samverkan mellan sjukhusen och den kommunala allmänna palliativa vården inklusive primärvården finns en utvecklingspotential. Vår uppfattning är att det palliativa rådets viktigaste uppgifter är beskriva olikheterna inom den allmänna palliativa vården och föreslå åtgärder som kan stärka samverkan för att länsinnevånarna ska få en så likvärdig allmän palliativ vård som möjligt.

Det finns aktuella lokala riktlinjer för den specialiserade palliativa vården som utgår från det nationella vårdprogrammet. Däremot saknas det uppdaterade lokala riktlinjer för den allmänna palliativa vården. Den politiskt antagna uppdragsbeskrivningen uppfyller inte ett sådant syfte. För att den politiska viljeinriktningen/uppdragsbeskrivning ska uppfyllas och kunna följas upp krävs någon form av handlingsplan och lokala riktlinjer i verksamhetsledet.

Vi anser att det palliativa rådet har gett ökade förutsättningar för en likvärdig allmän palliativ vård i länet. Det är viktigt att rådet får mandat att verka för en likvärdig palliativ vård i länet. En första del i detta bör vara att uppdatera riktlinjer/rutiner för den allmänna palliativa vården i länet.

10. Kvalitetsuppföljning av den palliativ vården

År 2005 startade kvalitetsregistret Svenska palliativregistret⁹. Registrets datainsamling och dataanalys har som mål att identifiera brister som finns i vården i livets slutskede och därigenom skapa ett positivt förändringstryck på beslutsfattare samt initiera ett kontinuerligt lärande och ständigt förbättringsarbete hos landets vårdgivare, till gagn för människor i livets slutskede. Det palliativa registret har varit en viktig del i den nationella äldresatsningen Bättre liv till sjuka äldre, som pågått mellan åren 2010 och 2014. I satsningen ingick att stimulera till ökad användning av det palliativa registret. Lt. Dalarna har deltagit i registret sedan starten år 2005.

I 15 av Sveriges 21 län registrerades år 2014 70 procent eller fler av de inträffade dödsfallen i palliativregistret. Lt. Dalarna nådde inte riktigt upp till 70 procent utan landade på 69,4 procent år 2014. Enligt registret var Dalarnas täckningsgrad högre år 2012 och 2013 (75 procent respektive 71 procent). I verksamhetsplanen för hälso- och sjukvården i Dalarna¹⁰ anges som ett strategiskt mål att täckningsgraden år 2014 i det palliativa registret ska uppgå till minst 70 procent.

⁹ Palliativa registret årsrapport 2014.

¹⁰ Fastställt av Landstingsstyrelsen 2014-02-10, LD13/03372

För att följa upp de nationella riktlinjerna för den palliativa vården har Socialstyrelsen identifierat nio indikatorer för att mäta kvaliteten inom vård i livets slutskede. Fem av dessa indikatorer ingick som strategiska mål i verksamhetsplanen för hälso- och sjukvården i Lt. Dalarna för år 2014¹¹. Förutom täckningsgrad i det palliativa registret som beskrivs ovan är dessa:

- Kommunikation (brytpunktssamtal) med patient om vårdens inriktning och mål i livets slutskede
- Dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel
- Dokumenterad munhälsobedömning
- Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet med utvärderat instrument

Målet för år 2014 var att ovanstående fyra indikatorer skulle förbättras med minst fem procent jämfört med år 2013. Som beskrivs nedan har målet för två av dessa indikatorer uppnåtts. I 2015 års verksamhetsplan för hälso- och sjukvården i Dalarna¹² finns inga strategiska mål för den palliativa vården formulerade. Nedan beskrivs resultatet för ovanstående fyra indikatorer under åren 2012 till 2014. Observera att resultatet för specialiserad palliativ vård inom slutenvård redovisas endast för år 2014 pga. att den palliativa slutenvårdsavdelningen vid Falu lasarett öppnade år 2014.

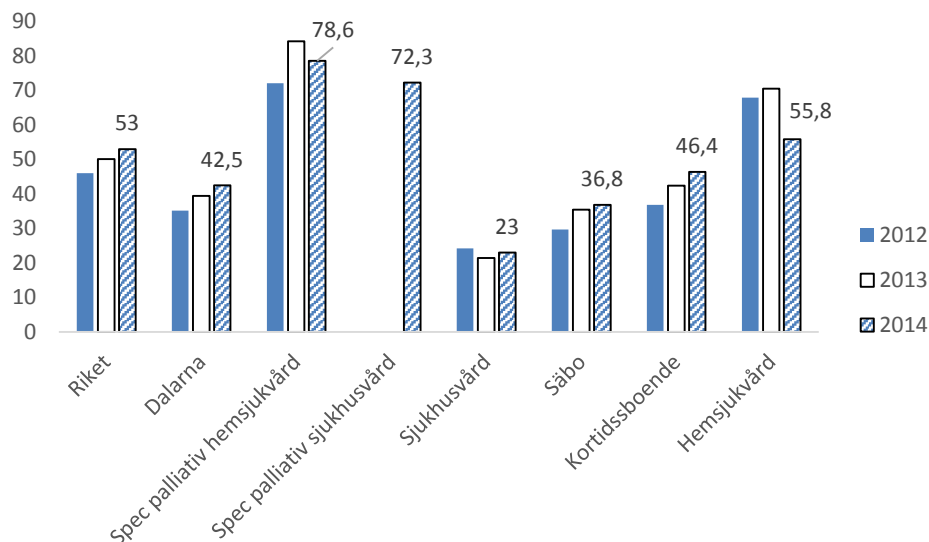
10.1 Brytpunktssamtal

Den enskilt viktigaste framgångsfaktorn (och indikatorn), som också initierar vårdprocessen, är en tydlig identifiering av den palliativa patienten/vårdtagaren. Därefter sker en medicinsk bedömning av läkare (brytpunktbedömning). Brytpunktbedömningen syftar till att avgöra om patienten befinner sig i livets slutskede. Efter en bedömning av patientens kognitiva och kommunikativa förmåga som ger vägledning för vad, hur och vem som ska informeras, genomförs därefter ett brytpunktssamtal med patient och närstående. Huvudsyftet med detta samtal är att underlätta valfrihet och betona att vårdens inriktning och mål har förändrats så att fokus ligger på livskvalitet och symtomlindring¹³. I nedanstående figur beskrivs andelen av de registrerade dödfallen där ett dokumenterat brytpunktssamtal genomförts.

¹¹ Ibid.

¹² Fastställda av Landstingsstyrelsen 2015-02, LD15/00372

¹³Se not 9.

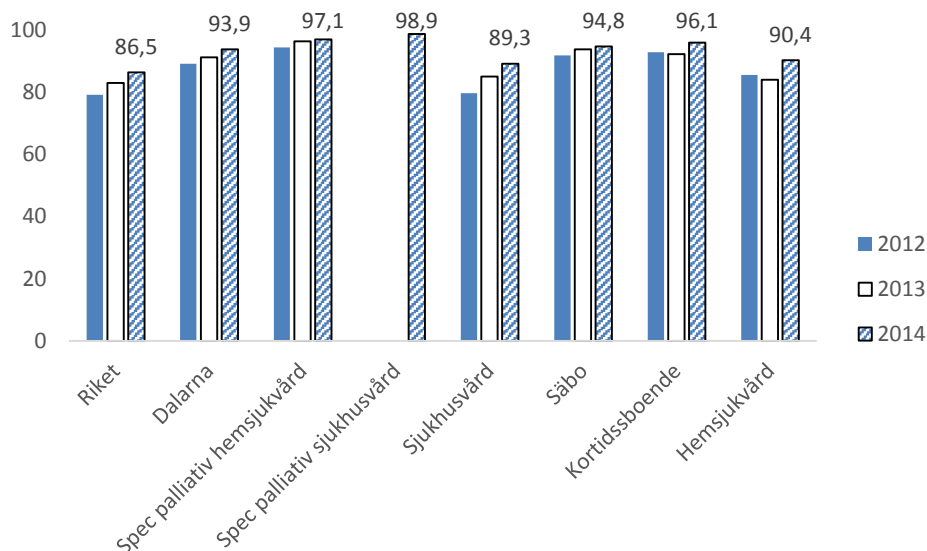


Figur 1. Andelen av de rapporterade dödsfallen till Palliativa registret där ett dokumenterat brytpunktssamtal genomförts åren 2012-2014, fördelat per dödsplats. Riket jämförs med Dalarna och vårdformer i Dalarna. Resultat för år 2014 är utskrivet vid respektive stapel.

Enligt det Palliativa registret har brytpunktssamtal genomförts i drygt 50 procent av dödsfallen. I Dalarna som helhet har det i drygt 40 procent av de registrerade dödsfallen genomförts brytpunktssamtal. Av de registrerade dödsfallen vid länets sjukhus var det i 23 procent av fallen som brytpunktssamtal hade genomförts år 2014 jämfört med hela rikets sjukhus där brytpunktssamtal som genomfördes i 31,9 procent. Vid Dalakommunernas vård- och omsorgsboende genomfördes brytpunktssamtal i 37 procent av registrerade dödsfall jämfört med hela riket där det vid 52,3 procent av de registrerade dödsfallen genomfördes brytpunktssamtal. Lt. Dalarna uppfyllde målet med att öka andelen dokumenterade brytpunktssamtal med fem procent år 2014 (7,6 procent).

10.2 Dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Förekomsten av ångest är vanligt i den palliativa vården, oavsett diagnos. Ångestattacker kan komma plötsligt och orsaka ett stort lidande för den enskilda patienten, varför relevanta läkemedel ska kunna sättas in vid behov. I Palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten haft en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet.

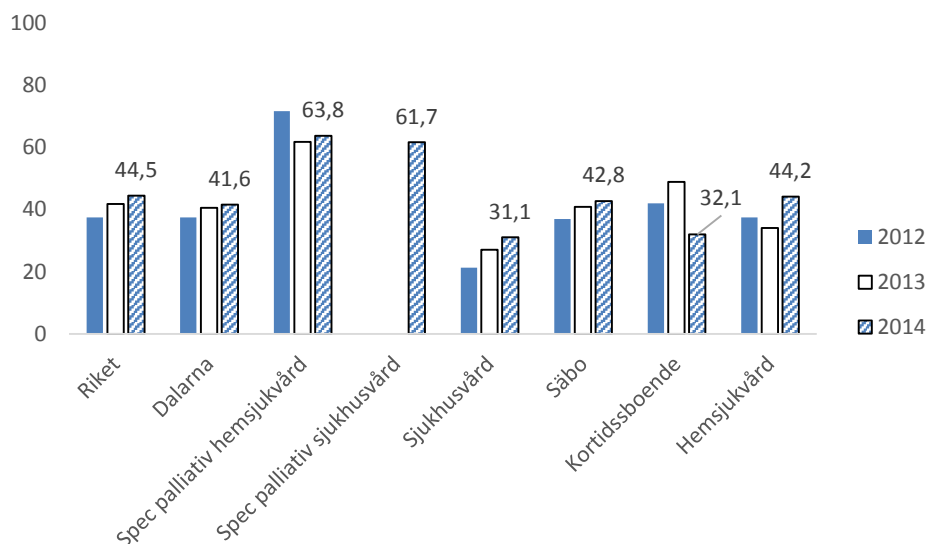


Figur 1. Andelen av de rapporterade dödsfallen till Palliativa registret där det finns dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet för åren 2012-2014, fördelat per dödsplats. Riket jämförs med Dalarna och vårdformer i Dalarna. Resultat för år 2014 är utskrivet vid respektive stapel.

Enligt det Palliativa registret fanns det i cirka 87 procent av dödsfallen en dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet. I Dalarna som helhet fanns det i cirka 94 procent av de registrerade dödsfallen en dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet. Av de registrerade dödsfallen vid länets sjukhus var det knappt 90 procent som hade en dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet år 2014 jämfört med hela rikets sjukhus på 77 procent. Lt. Dalarna uppfyllde inte målet med att öka andelen dokumenterade vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel innan dödsfallet med femprocent år 2014 (2,8 procent). Dock bör påpekas att Dalarna redan låg högt i denna indikator år 2013.

10.3 Munhälsa

Att ha kontroll över munstatus i livets slutskede är av betydelse för livskvalitet och välbefinnande. Exempelvis kan svampinfektioner i munnen påverka funktioner som t.ex. att svälja och tala, men även sömnen. I det Palliativa registret följs detta upp med en övergripande indikator om en dokumenterad munhälsobedömning genomförts under sista veckan i livet.

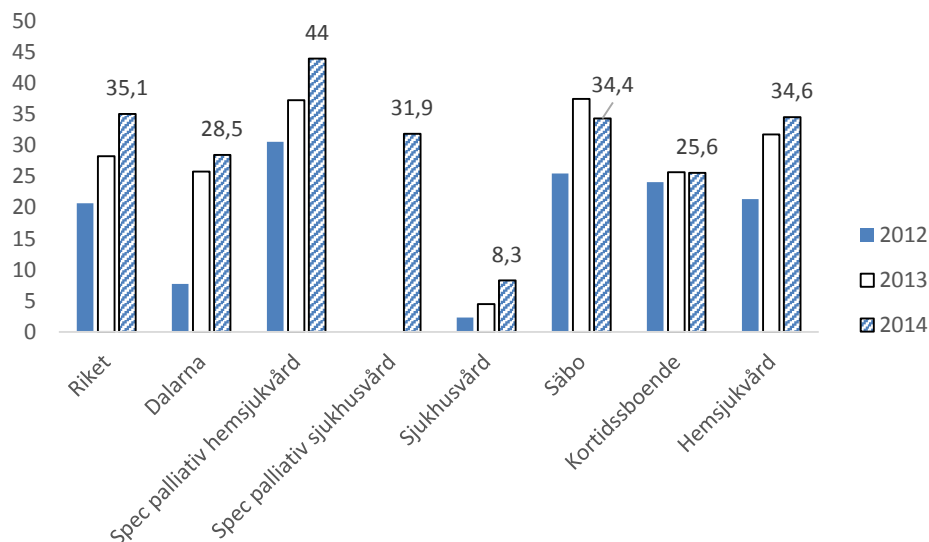


Figur 1. Andelen av de rapporterade dödsfallen till Palliativa registret där det finns dokumenterat att en munhälsobedömning genomförts under sista veckan i livet åren 2012-2014, fördelat per dödsplats. Riket jämförs med Dalarna och vårdformer i Dalarna. Resultat för år 2014 är utskrivet vid respektive stapel.

Enligt det Palliativa registret var det dokumenterat att en munhälsobedömning genomförts under sista veckan i livet i cirka 45 procent av dödsfallen i hela riket. I Dalarna som helhet var det i cirka 42 procent av de registrerade dödsfallen som det fanns dokumenterat att en munhälsobedömning genomförts under sista veckan i livet. Vid sjukhusavdelningarna var motsvarande andel 31 procent jämfört med hela rikets sjukhusavdelningar där andelen var 36 procent. Lt. Dalarna uppfyllde inte målet med att öka andelen dokumenterad munhälsobedömning med fem procent mellan år 2013 och 2014 (2,5 procent).

10.4 Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet

En regelbunden smärtanalys och skattning av smärtintensitet är en central rekommendation i Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet. Det ökar också risken för medicinska komplikationer. I Palliativa registret registreras om smärta har skattats med ett validerat (utvärderat) instrument.



Figur 1. Andelen av de rapporterade dödsfallen där smärta skattats med utvärderat instrument åren 2012-2014, fördelat per dödsplats. Riket jämförs med Dalarna och vårdformer i Dalarna. Resultat för år 2014 är utskrivet vid respektive stapel.

Andelen av de registrerade dödsfallen som har fått smärta skattad med ett utvärderat instrument har ökat i Dalarna från 7,7 procent år 2012 till 28,5 procent år 2014 men når inte upp till riksgenomsnittet (35 procent). Vid sjukhusavdelningarna är det en låg andel av de registrerade fallen som har skattat smärta (8 procent) jämfört med genomsnittet för rikets sjukhusavdelningar (22 procent). Målet att öka andelen patienter som smärtskattats med ett utvärderat instrument med fem procent har uppfyllts.

10.5 Kommentarer och bedömning

Det är svårt att mäta kvaliteten av palliativ vård. Den som det berör kan inte tillfrågas efter att vårdinsatsen genomförts och avslutats. Därför är det Palliativa registret en viktig källa för att mäta kvaliteten i den palliativa vården. Huvudparten av de indikatorer som Socialstyrelsen föreslagit för att följa upp den palliativa vården är därför också processindikatorer.

En förutsättning för att kunna följa upp en indikator är att tillräckligt många av dödsfallen registrerats i det Palliativa registret. Anmärkningsvärt är att täckningsgraden i Lt. Dalarna har minskat under de senare åren. Det finns tyvärr inte uppgifter i registret om täckningsgrad utifrån den enskilde patientens dödsplats.

Resultat från registret indikerar att den specialiserade palliativa vården i Dalarna har en kvalitet som minst motsvarar övriga landet och i många delar är bättre. Inom flera områden är resultatet från den specialiserade vården något över riksgenomsnittet för specialiserad vård. t.ex. när det gäller andelen som har vidbehovsmedicin mot ångest

och bedömning av munhälsa. Däremot är andelen genomförda brytpunktssamtal 8 procentenheter lägre i Dalarna än i övriga rikets specialiserade palliativa vård.

När det däremot gäller de patienter som dör på sjukhusavdelningar och som registrerats i det Palliativa registret är resultaten sämre i Dalarna än i riket som helhet förutom när det gäller ordination av vidbehovsmedicin mot ångest. Sjukhusavdelningar rapporterar att 10 procentenheter fler patienter har vidbehovsmedicin mot ångest i samband med dödsfallet än rikets genomsnitt. När det gäller smärtbedömning med utvärderat instrument är andelen nästan 20 procentenheter lägre än genomsnittet vid landets sjukhusavdelningar. När det gäller genomfört brytpunktssamtal är andelen genomförda brytpunktssamtal 9 procentenheter lägre än i riket. Vi finner detta anmärkningsvärt då det under år 2013 genomförts en omfattande utbildningsinsats av hur den palliativa vården ska bedrivas med t.ex. brytpunktssamtal.

Utifrån tillgängliga källor (Palliativa registret och genomförda intervjuer) blir bedömningen att den specialiserade palliativa vården är utformad på ett tillfredställande sätt för att främja patienters välbefinnande och livskvalitet i livets slutskede. Däremot är vi mer tveksamma till om den allmänna palliativa vården som bedrivs på sjukhusens avdelningar i tillräcklig utsträckning främjar patienters välbefinnande och livskvalitet.

Vi anser därför att landstingsstyrelsen i Lt. Dalarna bör tydliggöra att även den allmänna palliativa vården som bedrivs vid länets sjukhus och primärvård i större uträkning ska följa de nationella riktlinjerna för palliativ vård genom att t.ex. genomföra brytpunktssamtal.

Vi anser också att uppföljningen av palliativvården i Lt. Dalarna inte enbart ska avse genomsnittsvärden för alla landstingets verksamheter utan delas upp på den specialiserade palliativa vården, sjukhusvård och primärvård för att bättre kunna följa utvecklingen.

11. Palliativ vård för barn och unga

I det nationella kunskapsstödet¹⁴ ges rekommendationer för utformandet av palliativ vård för barn. Palliativ vård av barn har både likheter och skillnader jämfört med palliativ vård för vuxna. Några av dessa skillnader beskrivs vara:

- ✓ Skillnader i etiska och rättsliga frågor om t.ex. medbestämmande
- ✓ Sättet att kommunicera skiljer sig mellan vuxna och barn
- ✓ Föräldrar/anhöriga är i större grad involverade i barnets vård
- ✓ Barns död påverkar många gånger omgivningen i större utsträckning än vuxnas död

¹⁴ Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen 2013

- ✓ Processen när ett barn dör har en särskild påverkan på vårdpersonal

Sammanfattningsvis konstaterar riktlinjerna att det är angeläget att de som arbetar med palliativ vård som ges till barn har kunskap, kompetens och erfarenhet att kommunicera med barn.

11.1 Palliativ vård för barn och unga i Dalarna

Under år 2013 genomfördes ett kartläggningsarbete om vad som erbjuds och det uppskattade behovet av palliativ vård i hemmet för barn inom Uppsala – Örebroregionen av en arbetsgrupp inom Regionalt Cancer centrum. Kartläggningen är inte dokumenterad, men den som ansvarade för kartläggningen beskriver att det inte finns någon formaliserad utbyggd palliativ vård för barn i regionen.

I uppdragsbeskrivningen för palliativ vård (se ovan) beskrivs att vård av barn i palliativt skede är ett prioriterat område. I uppdragsbeskrivningen ges därför i uppdrag till barn- och ungdomsmedicinska kliniken att i samarbete med kliniken för specialiserad palliativ vård säkerställa att barn med behov av palliativ vård ges individuellt utformad och anpassad vård med rätt kompetens med andra berörda som kommun, primärvård, habiliteringen m.fl.

Enligt våra respondenter är det ungefärliga antalet barn som är behov av palliativ vård per år cirka 1- 2 barn för hela länet. Det finns även några barn per år som är i behov av avancerad sjukvård i hemmet men som inte avser vård i livets slutskede.

Den specialiserade palliativa vården i Dalarna har haft barn inskrivna. Det finns beskrivningar på att detta har fungerat bra och det finns beskrivningar där det fungerat mindre bra. Det är många olika faktorer som samspelar. Samtliga vi talat med anser att samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och den specialiserade vården är en viktig förutsättning för en fungerande vård.

Det finns ingen formellt upprättad rutin för hur samverkan ska ske och i vilka fall den specialiserade palliativa vården ska vara en del av vården för dessa barn.

11.2 Kommentarer och bedömning

Såvitt vi kan se anser landstinget att insatser till barn och unga i behov av palliativ vård ska prioriteras. Det framgår bl.a. i den ovan beskrivna uppdragsbeskrivningen. Även representanter för barn- och ungdomskliniken och den specialiserade palliativa vården beskriver en flexibel syn på hur en sådan samverkan ska ske i enskilda fall.

Vår bedömning är att det inte är rimligt att bygga upp en egen fristående verksamhet för palliativ vård till barn. Däremot anser vi att det bör finnas en större beredskap för att möta behovet av palliativa insatser till barn när dessa uppstår. Vi anser att barn- och

ungdomskliniken och kliniken för specialiserad palliativ vård bör göra en genomgång av de insatser av palliativ vård som getts till barn, t.ex. de senaste fem åren. Med utgångspunkt från en sådan genomgång bör en grundläggande modell för samverkan tas fram som sedan kan anpassas individuellt utifrån det enskilda barnets och dess anhörigas behov. Vi anser också att det bör utredas om det behövs någon form av resursförstärkning/organisationsförändring för att säkerställa att barn, när behov uppkommer, kan få en palliativ vård/avancerad vård utifrån dess individuella behov. Vi anser det inte vara rimligt att anta att den kommunala hemsjukvården ska ta ansvar för den palliativa vården för barn i någon större utsträckning.

KPMG dag som ovan

Örjan Garpenholt
Projektledare. Med dr