

Handläggare:

Gunilla Benner-Forsberg

Översyn av öppen och sluten specialiserad palliativ vård

Ärendet

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har genomfört en översyn av öppen och sluten specialiserad palliativ vård. Syftet med översynen har varit att kartlägga och belysa utbud, struktur och innehåll av vården som ges inom öppen (ASIH) och sluten specialiserad palliativ vård samt belysa gränssnitt gentemot andra angränsade vårdområden. En avgränsning i uppdraget är gjord då översynen ej inkluderar barn.

Översynen har beretts av programberedning 1 – Äldre och multisjuka

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga rapporten till handlingarna

att uppdra till förvaltningen att vid beställning av specialiserad palliativ vård beakta rapportens slutsatser.

att uppdra till förvaltningen att genomföra de i rapporten föreslagna utredningarna och utvärderingarna i slutsatser.

Förvaltningens synpunkter

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livssituationen för patienter med livshotande sjukdomar i livets slutskede. Den specialiserade palliativa vården skiljer sig från den palliativa vården genom att denna vårdform behandlar patienter med mer komplex sjukdomsbild och som kräver tillgång till specialiserad palliativ vården oavsett var de vistas. I Stockholm kallas den öppna specialiserade palliativa vården som bedrivs i hemsjukvård ofta för avancerad hemsjukvård i hemmet (ASIH).

I Stockholms läns landstings uppdragsbeskrivning från 2008 för den öppna och slutna specialiserade palliativa vården, skall vårdgivaren tillhandahålla båda vårdformerna. Detta innebär på sikt en sammanslagning av uppdraget

för att underlätta för patienterna att få en sammanhållen specialiserad palliativ vård. I uppdraget beskrivs två målgrupper av patienter.

Målgrupp ett (M1) Patienter som har behov av specialiserad palliativ vård i öppen eller sluten vård. Behov av tillgänglighet till vård dygnet runt ska föreligga. Patienten är färdigutredd i sin sjukdom. Vård i livets slutskede ska ha högsta prioritet. Vårdgivaren har ett medicinskt huvudansvar.

Målgrupp två (M2) Patienter som behöver avancerad vård i hemmet men där vårdgivaren insatser till patienten är preciserade i individuell vårdplan. Övrig vård ges av annan vårdgivare som har det medicinska huvudansvaret för patienten (oftast husläkarverksamhet).

Kartläggning

I länet finns i nuläget femton vårdgivare som bedriver specialiserad palliativ vård. Fem av dessa har uppdrag enbart gällande öppenvårdsuppdraget. De övriga har även uppdrag att bedriva sluten specialiserad palliativ vård. Norrtälje är exkluderat. Nuvarande beställning och produktion ser olika ut i länet.

Behov

Andel individer 50 år och äldre samt cancerincidens per 1000 innevånare för kommun/stadsdel har valts ut som tänkbart behovsunderlag. Åldersparametern valdes med tanke att cancersjukdomar oftast drabbar personer äldre än 50 år. Andelen cancerincidens varierar i länet. I ASIH Stockholmsgeriatrikens område finns den högsta cancerincidensen medan i AISH Nackas område finns den lägsta.

Enkät

Då registerdata gällande denna vårdform i nuläget inte är tillräckligt kvalitetssäkrade, har en enkätundersökning till vårdgivarna genomförts för att få en bild av innehållet i den specialiserade palliativa vården. Det totala enkätunderlaget utgjordes av 1 100 patienter. Svarsfrekvensen var 99,6 procent.

Sammanfattningsvis visar enkäterna att i genomsnitt är 55 procent av de inskrivna patienterna vid mättillfället över 70 år, 37 procent 51-70 år och 10 procent yngre än 50 år.

Följande slutsatser har dragits utifrån enkäterna:

1. På grund av olikheter i målgruppsregistrering bör tydliga riktlinjer för registreringen utvecklas.

2. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att säkerställa överföring i vårdkedjan mellan specialiserad palliativ vård och onkologi, lungmedicin kirurgi.
3. Orsaker till långa inskrivningstider och i variationer mellan vårdgivarna i både M1 och M2 behöver ytterligare utredas.
4. Variationsvidden gällande besök jourtid är stor. Fler besök torde kunna utföras dagtid istället för nattetid.
5. En betydande andel patienter framför allt M2 erhåller få besök. Orsaken till detta bör uppmärksammas och utredas.

Enkätresultatet har tillsammans med kartläggningen samt diskussioner med referensgruppen legat till grund för förslag på fortsatta arbete och åtgärder.

Slutsatser i översynen

- Utgångspunkten för dimensionering av verksamheten inom specialiserad palliativ vård bör i princip vara att patientunderlaget medger att enheter har egna slutenvårdsplatser. Anledningar är att slutenvård medför höga investerings- och driftkostnader. Andra alternativ kan dock ses om slutenvård kan läggas tillsammans med annan lämplig slutenvårdsverksamhet. En översyn av antalet vårdgivare bör övervägas i syfte att skapa förutsättningar för att:
 - alla vårdgivare ska ha tillgång till både öppen (ASIH) och sluten specialiserad palliativ vård
 - skapa förutsättning för ökad kostnadseffektivisering.
- Ett viktigt underlag för fördelning av de specialiserade palliativa resurserna bör på sikt vara cancerdödligheten uttryckt i antal individer i varje upptagningsområde. I avvaktan på att dessa uppgifter offentliggörs, bör cancerincidensen i de olika upptagningsområdena användas för fördelning av resurserna. Fördelningen kan dock kompliceras på grund av de ovan nämnda registreringsproblemen samt av de rådande olika prisbilderna vid enheterna. Dessa faktorer måste också vägas in vid en eventuell omfördelning av resurserna.
- Behovet av palliativ vård för andra diagnosgrupper behöver följas över tid, då den medicinska utvecklingen möjliggör att dessa i större utsträckning vårdas i hemmet. Om denna volym ökar bör underlag för fördelning av resurserna för öppen specialiserad palliativ vård ses över.

- Underlag för fördelningen av resurserna för patienter med behov av avancerade medicinsktekniska insatser (M2) bör på sikt vara antalet invånare över 50 i varje upptagningsområde. Konsekvensen av detta bör utredas vidare. Det bör även utredas om åldersparametern bör förskjutas uppåt.
- Fördelningen av de totala resurserna behöver ses över med utgångspunkt från att invånarna garanteras en likvärdig vård i hemmet oavsett var i länet man bor och en målsättning om tillgång till specialiserad palliativ vård.
- Förvaltningen har ett pågående arbete för att reglera kostnadsansvaret för förskrivning av läkemedel i öppenvård. Kostnadsansvaret för läkemedel som ordinerats, underhålls och följs upp av annan vårdgivare bör åvila denna. Detta bör införas successivt på sikt i flera områden.
- Uppdraget för patienter i M2 behöver förtydligas så att gränsen till basal hemsjukvård och M1 blir tydligare.
- Vårdgivarens ansvar i de fall då flera vårdgivare är involverade i patientens vård behöver tydliggöras i uppdraget.
- Den palliativa mottagningen i Södertälje ska utvärderas.
- Förvaltningen bör fortsätta med arbetet att åstadkomma förutsättningar för att kvalitetssäkrad data ska utgöra grund för analys av verksamheten.

Miljökonsekvenser av beslutet

Beslutet medför oförändrade konsekvenser för miljön:

Jämställd och jämlik vård

Syfte med förslag till fortsatta åtgärder och arbete är att få en jämlik och jämställd vård för patienter som nyttjar denna vårdform i länet

Catarina Andersson Forsman

Catharina Barkman

Olle Olofsson