

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2014-05-08

HSN 1211-1350

Handläggare:
Lena Waller

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2014-06-17, p 20

Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

Ärendebeskrivning

En överenskommelse föreslås tecknas mellan kommunerna och Stockholms läns landsting om att inrätta ett palliativt kunskapscenter i Stockholms län. Syfte och målsättning med förslaget är att ge ökad kunskap om palliativ vård till alla som vårdar patienter med behov av palliativ vård oavsett skede, ålder och diagnos.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2014-05-08
Rapport Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för äldre och multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsdirektörens förslag till överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om att inrätta ett palliativt kunskapscenter i Stockholms län

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att teckna överenskommelser med kommunerna i länet

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

I Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) budget gavs ett uppdrag att bygga upp ett palliativt kunskapscentrum. Syftet är att öka kunskapen om palliativ vård till alla som vårdar patienter med behov av palliativ vård oavsett skede, ålder och diagnos. Forskningsresultat ska omsättas till praktik. Presidiegruppen Kommunförbundet Stockholms län (KSL)/HSN har beslutat föreslå kommunerna och landstinget att teckna överenskommelser enligt förslaget till palliativt kunskapscenter.

År 2012 avled 15 960 personer i Stockholms län och majoriteten avlidna är över 65 år. Det innebär inte att palliativ är liktydigt med äldrevård eftersom palliativ vård förekommer till patienter i alla åldrar, från spädbarn och den unge vuxne till åldringen.

Allt fler med kronisk och obotbar sjukdom lever längre med hjälp av insatser och behandlingar som syftar till att vara livsförlängande. Varje år avlider mellan 90 000 till 100 000 personer i Sverige, och de flesta behöver palliativ vård före döden. Vården av den palliativa patienten sker både inom kommun och landsting men kan se olika ut beroende på var den utförs. Det finns fortfarande brister vad gäller tillgänglighet och kvalitet. Dessutom finns ett behov av både allmän och specialiserad palliativ vård. Kunskap om den palliativa vården är ojämnt fördelad, det råder olikheter i utbudet av palliativ vård och det finns olika förutsättningar beroende på var man bor och vilken ålder man har. Alla inom vård och omsorg ska kunna arbeta med ett palliativt förhållningssätt och kunna ge en god och värdig vård i livets slut.

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län ska utifrån en gemensam värdegrund och ett gemensamt förhållningssätt ha som mål att all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

Uppdraget ska vara att sammanställa kunskap från aktuell forskning och utvecklingsarbete så att forskningsresultat omsätts till praktik. Dessutom ska målet vara att informera, utbilda, utveckla och driva frågor om palliativ vård och ge stöd och rådgivning så att kunskapen ökar hos alla personalgrupper som vårdar palliativa patienter.

Palliativt kunskapscentrum föreslås utgöra en kunskapsbank som ska söka, samla och paketera forskningsresultat för att sedan omsätta detta i praktik. Det ska inte ersätta befintliga FOU-enheter, utan vara ett samordnande uppdrag. Centrat kan även synliggöra behovet av utbildningar på ett lättillgängligt sätt. Det ska stimulera till framtagande av ny kunskap och lyfta fram goda exempel.

Palliativt kunskapscentrum ska vidare driva utvecklingsfrågor som till exempel lyfta och belysa etiska frågor. Det ska dessutom lyfta fram barn och unga vuxnas behov som närstående eller patient. En begränsning är att information till allmänheten sker via 1177 Vårdguiden eller Cancerupplysningen. Råd om enskild patient sker via ASiH eller den specialiserade palliativa slutenvården.

Forskning sker inom befintliga verksamheter såsom Karolinska Institutet (KI), Palliativt forskningscenter, Ersta Sköndal högskola, Ersta sjukhus och FoUU Stockholms sjukhem.

Kostnaderna för år ett beräknas till totalt 8 219 000 kronor för fasta personalkostnader, lokal och kringkostnader (material, webbplats, webbutbildningar, konferenser m.m.). Budgeten motiveras utifrån den information projektgruppen inhämtat från studiebesök ute i landet. Erfarenheterna från liknande verksamheter visar att risken är stor med en för liten budget som medför att det palliativa kunskapscentrumet inte kan uppfylla sitt uppdrag och därmed förlorar legitimitet från verksamheterna.

Kostnaden föreslås fördelas med 50 procent för Stockholms läns landsting och 50 procent för kommuner i Stockholms län. Kostnadsfördelningen motiveras med att centrats verksamhet riktar sig både till kommunernas och Stockholms läns landstings verksamheter.

Att sammanställa vetenskapliga studier och föra ut information är uppdrag som inte genererar statliga stimulansmedel.

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) föreslås få driftansvaret för centrat. Centrat blir därmed fristående från redan etablerade verksamheter. Detta för att alla ska känna delaktighet och tillhörighet. Satsningen på ett palliativt kunskapscentrum måste vara hållbar över tid.

Projektets deltagare utsågs genom inbjudan till Kommunförbundet Stockholms län (KSL), chefsläkare, verksamhetschefer och ASiH-rådet. I arbetsgrupperna fanns deltagare både från kommunerna i länet och från landstinget samt från såväl offentligt som privat drivna verksamheter.

Ekonomiska konsekvenser

Genom kunnig personal kan patienter vårdas på rätt vårdnivå i större utsträckning vilket kan leda till besparingar för samhället.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Patientsäkerheten förväntas öka då utbildad personal i palliativ vård och omvårdnad använder evidensbaserat forskningsresultat.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Genom att personalen får utbildning i palliativ vård och omvårdnad kommer den palliativa vården att bli mer jämställd och jämlik över länet.

Miljökonsekvenser

Konsekvenserna för miljön bedöms bli positiva när patienter får vara kvar i sin vårdform och därmed minskar behovet av sjuk- och ambulans-transporter. Även genom utökad webbutbildning och utbildningar i studiecirkelar kan antalet resor till externa utbildningsplatser minska vilket får positiva effekter för miljön.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef



Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

Ett förslag

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Avdelningen för Närsjukvård
Enheten för Geriatrik
Box 6909, 102 39 Stockholm
Tfn växel: 08-123 132 00
E-post: registrator.hsn@sll.se
Rapport 2014-05-16-u
Diarienummer: HSN 1211-1350

Innehåll

Sammanfattning	3
Utredningsuppdraget	4
Förslag till palliativt kunskapscentrum.....	5
Målsättningen för ett palliativt kunskapscentrum	5
Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum	6
Nyttan med ett kunskapscentrum	7
Organisation	8
Driftsansvarets lokalisering	8
Beräknad kostnad	9
Fördelningsmodell.....	9
Projektorganisation	10
Styrgrupp	10
Projektgrupp	10
Arbetsgrupper	11
Referensgrupper	11
Palliativ vård	13
Kort historik.....	13
Palliativ medicin påbyggnadsspecialitet 2014	13
Palliativ vård i dag	13
Helhetssyn och fyra dimensioner	14
Fyra hörnstenar eller arbetsredskap	14
Statistik	15
Olika behov	17
Avgränsningar.....	17
Kvantitativt behov	17
Kvalitativt behov.....	17
Behovet av kunskaper.....	18
Nationella riktlinjer och vårdprogram	19
Projektets systematiska arbetsgång	20
Beslutsprocess.....	20
Källförteckning	21
Bilageförteckning	22

Sammanfattning

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms Län har med hjälp av en projektgrupp tagit fram ett förslag till ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

Ett stort antal aktörer har medverkat i projektet från såväl patientorganisationer som forsknings- och vårdverksamheter liksom verksamhetsföreträdare från kommun, landsting och andra specialistorgan.

Det finns behov av kunskap om palliativ vård på alla nivåer inom vård och omsorg i länet, från omvårdnadspersonal till läkare. Det gäller inom landstingsdriven vård såväl som inom kommunalt och privat driven vård.

Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum

Det palliativa kunskapscentrumet ska enligt förslaget bli en resurs för både verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

Uppdragen för ett palliativt kunskapscentrum kan delas upp i följande:

- Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete.
- Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning.

Det palliativa kunskapscentrumet ska enligt förslaget inte driva egen forskning. Information till invånare ges via 1177 Vårdguiden och via Cancerupplysningen vid Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland.

Med välutbildad personal kan patienten tillsammans med sina anhöriga leva fullt ut fram till döden. Målet bör vara att all personal som har omsorg om eller vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

Totalt beräknas förslaget kosta 8,5 miljoner kronor årligen.

Utredningsuppdraget

Hälsa-och sjukvårdsförvaltningen (HSF) fick ett utredningsuppdrag vid landstingsfullmäktige 2012-10-15 att tillsammans med Regionalt cancercentrum (RCC), Kommunförbundet Stockholms län (KSL) samt vårdgivare ta fram ett förslag till ett Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

2013-04-09 beslutade Presidiegruppen KSL/HSN att kommunerna deltar i framtagandet av förslag till palliativt kunskapscentrum för kompetenshöjning och kvalitetsutveckling samt forskning kring palliativ vård och omsorg.

Syftet och målsättningen med ett palliativt kunskapscentrum skulle enligt utredningsuppdraget vara:

- Att öka kunskapen om palliativ vård hos alla som vårdar palliativa patienter oavsett skede, ålder och diagnos.
- Att forskningsresultat omsätts till praktik.

Utredningsuppdraget bestod av att belysa nyttan av ett palliativt kunskapscentrum och hur ett sådant bör organiseras och finansieras.

Framtagande av vårdprogram ingick inte i uppdraget.

För att få en optimal belysning av området samt effektivt resursutnyttjande tillsattes arbetsgrupper bestående av representanter från olika verksamheter. Dessutom gjordes de organisationer/enheter i länet som bedriver forskning inom området delaktiga. En kommunikationsplan för projektet togs fram i ett tidigt stadium.

Förslag till palliativt kunskapscentrum

Nedan beskrivs förslaget som projektet resulterat i. Längre fram i rapporten finns avsnitt som beskriver fakta om palliativ vård som är viktiga för att förstå området.

Under projektet har det blivit tydligt för projektgruppen att behovet av kunskap om palliativ vård är stort. Det gäller inom landstingsdriven vård såväl som inom kommunalt och privat driven vård.

Behovet av att tillämpa den forskning som finns har lyfts fram i samtliga kontakter som projektgruppen haft.

Det saknas en neutral och samlande kraft som kan bistå vårdgivare i att praktiskt tillämpa forskningsresultat.

Här kan ett palliativt kunskapscentrum göra en stor insats. En viktig framgångsfaktor för ett palliativt kunskapscentrum är att bli en resurs för verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

En viktig framgångsfaktor för ett palliativt kunskapscentrum är att bli en resurs för både verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

I Framtidsplanen andra steget¹ beskrivs hur hälso- och sjukvården samlas runt patienten. Genom ökad samordning mellan specialistkompetenser, hemsjukvård och hemtjänst behöver patienten inte flyttas runt mellan olika vårdgivare, vården kommer dit patienten är.

Patienten och de anhöriga kan med stöd från välutbildad personal bibehålla ett realistiskt hopp och leva fullt ut fram till döden.

En trygg vårdare vågar också ha kvar patienten i den optimala vård- och boendeformen inför döendet. För samhället innebär detta stora vinster då återinläggning och slutenvårdskonsumtionen kan minskas avsevärt.

Projektet föreslår att ett palliativt kunskapscentrum blir en permanent verksamhet som utvärderas vart tredje år.

Målsättningen för ett palliativt kunskapscentrum

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län ska utifrån en gemensam värdegrund och ett gemensamt förhållningssätt, ha som mål att all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

... all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

¹ Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet, sid 16

Med palliativ förhållningsätt avses:

En helhetssyn där de fyra dimensionerna psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt beaktas och där arbetsredskapen är de fyra palliativa hörnstenarna:

- symtomkontroll i vid bemärkelse,
- kommunikation och relation,
- teamarbete och
- närståendestöd.

Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum

Det palliativa kunskapscentrumet ska utgöra en kunskapsbank för palliativa frågor.

Uppdragen kan delas upp i följande:

- Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete så att forskningsresultat omsätts till praktik.
- Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning, så att kunskapen om palliativ vård ökar hos alla personalgrupper som vårdar palliativa patienter.

Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete

Aktuell forskning, forskningsresultat, pågående utvecklingsarbete, utvärderade utvecklingsarbete ska samlas i en databank och vara lättillgänglig exempelvis via webbplatsen.

Det palliativa kunskapscentrumet ska stimulera bildandet av nätverk. Vidare kan det hjälpa till att hitta samtalspartners för specifika palliativa frågor mellan vårdgivare och huvudmän.

Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor

Information sprids via webbplats, nyhetsbrev, konferenser och smarta IT-lösningar används för bland annat webbutbildningar.

Att utbilda utbildare och kvalitetsansvariga kan vara ett effektivt sätt att nå ut till många.

Handledarutbildning och utbildning av palliativa ombud.

Studiecirkel med ett strukturerat program är en tänkbar form att föra ut palliativ förhållningssätt.

Samverkan

Samverkan är nödvändigt för ett kunskapscentrum, men det är viktigt att ett palliativt kunskapscentrum inte tar över andra kunskapscentrums eller forsknings- och utvecklingsenheters uppdrag utan renodlar sina uppdrag.

I Stockholms län pågår forskning inom palliativ vård på de fem organisationerna:

- Karolinska Institutet,
- Palliativt forskningscentrum vid Ersta Sköndals högskola med Ersta sjukhus,
- Sophiahemmet,
- Stockholms sjukhem.

Det finns behov av att samla och föra ut information om forskningsresultat och resultat från utvecklingsprojekt.

Det palliativa kunskapscentrumet ska inte driva egen forskning.

Det palliativa kunskapscentrumet ska inte driva egen forskning.

Information till allmänheten ges via 1177 Vårdguiden och via Cancerupplysningen vid Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland.

Nyttan med ett kunskapscentrum

Vinsterna för den palliativa patienten och de anhöriga består i att vårdens utformning baseras på palliativ, mångdimensionell *kunskap* och *förståelse* om de speciella symtom, problem och farhågor som är kopplade till den annalkande döden. Trots all kunskap finns rädsla både hos patienten och närstående.

Den allmänna vården i dag är bra på att handlägga sjukdomar, men inte lika bra på att förbereda patienten för döden och samtidigt klara av att hjälpa patienten att bibehålla ett realistiskt hopp och att leva fullt ut fram till döden. Det är här den palliativa kunskapsutvecklingen kommer in.

Resultatet av en väl fungerande palliativ vård är också stora för vårdgivarna då personal som har god kunskap känner sig tryggare. De kan då stötta patienter och närstående på ett bättre sätt, samtidigt som risken för utbrändhet hos personalen minskar – för det är en stor utmaning att följa patienter som närmar sig livets slut.

Trygg personal vågar också ha kvar patienten i rätt vårdnivå- och boendeformer inför döendet. Behovet att skicka patienter akut till en högre vårdnivå än vad patienten behöver minskar om personal har tillräcklig kunskap om hur de vårdar den döende patienten och om personalen har redskap för hur de bemöter och stöttar närstående.

Det handlar inte om allmän omvårdnads kunskap utan specifik förmåga att föra det svåra samtalet, att göra etiska avväganden, att kunna bemöta dödsängest

och klara både smärtbehandling och annan symtomlindring. Avsevärda resurser kommer att kunna användas effektivare eftersom en väl fungerande palliativ vård har visat sig minska återinläggningar och minska slutenvårdskonsumtionen.

Organisation

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län föreslås omfatta åtta tjänster. Organisationen som föreslås arbeta med centret föreslås bestå av:

- Styrgrupp bestående av tjänstemän från kommun och landsting.
- Stab bestående av:
 - Chef som leder, samordnar och utvecklar verksamheten tillsammans med anställda.
 - Vetenskaplig ledare, som disputerat och som har huvudansvaret för att ny och kliniskt relevant kunskap insamlas på ett systematiskt sätt. Det kan gälla både studier och utvecklingsprojekt. Den vetenskapliga ledaren ska också processa kunskapen, särskilt om den kommer från vetenskapliga studier så att kunskapen anpassas till den verksamhet som bedrivs inom Stockholms län.
 - Utbildningsansvariga som har vårdutbildning på högskolenivå samt kunskap i pedagogik och metodik.
 - Kommunikatör som arbetar både strategiskt och operativt med exempelvis webbplats. Kommunikatören kan även arbeta tillsammans med externa specialister för att ta fram exempelvis webbutbildningar.
 - Administratör som stödjer i administrativa, grundläggande ekonomiska uppgifter samt ger praktiskt stöd i arrangemang av utbildningar med mera.
- Referensgrupper:
 - Representanter från intresseorganisationer som organiserar patientgrupper, barn och äldre.
 - Yrkesverksamma som möter patienter och närstående.

Driftsansvarets lokalisering

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) föreslås få driftsansvar för ett Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

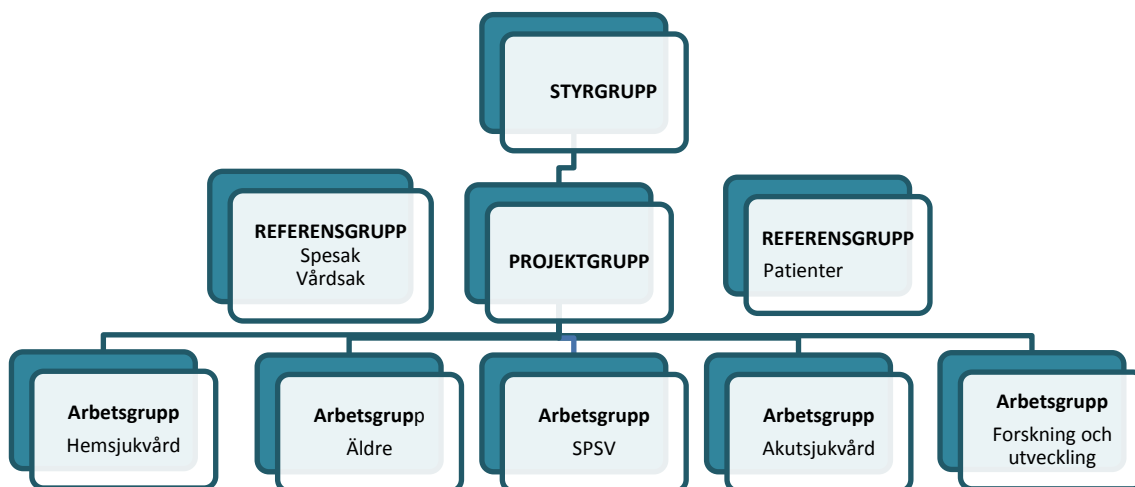
Beräknad kostnad år ett

Totalt: 8 219 000 kronor

Fördelningsmodell

- Stockholms läns landsting föreslås stå för 50 procent av kostnaden och
- kommuner i Stockholms län föreslås stå för 50 procent av kostnaden.

Projektorganisation



Styrgrupp

- Olle Olofsson, projektägare, HSF, Avdelningen för närsjukvård
- Gunilla Benner-Forsberg, HSF, Enheten för styrning och ekonomi
- Gunilla Hjelm Wahlberg, KSL
- Ann-Sofie Holmertz, KSL, Vaxholms kommun
- Catharina Johansson, HSF, Enheten för geriatrik
- Katarina Lannerwall, HSF, Regionalt cancercentrum

Styrgruppen har haft fem möten.

Projektgrupp

- Lena Waller, projektledare, HSF, Enheten för geriatrik
- Helena Adlitzer, HSF, Regionalt cancercentrum
- Annica Dominius, KSL, Stockholm stad
- Anna Karbin Lund, HSF, Enheten för kommunikation
- Agneta Kling, KSL, Nacka kommun
- Peter Strang, Karolinska Institutet

Projektgruppen har tagit fram ett förslag utifrån arbetsgruppernas rapporter, samt från material som inkommit vid studiebesök och i kontakter med andra svenska palliativa kunskapscentrum.

Det har varit omkring 30 möten inklusive uppstartsseminarium, två studiebesök och avstämningsmöte med arbetsgrupperna.

Arbetsgrupper

Vårdgivare bjöds in via chefsläkarna på akutsjukhusen, ASiH-rådet samt via KSL för att delta i arbetsgrupper som skulle beskriva behov och innehåll av ett palliativt kunskapscentrum.

Fem arbetsgrupper (se bilaga 1) bildades med representanter från både landsting, kommun/stadsdelar samt privata vårdgivare. Från akutsjukhusen kom representanter från Karolinska sjukhuset Solna och Huddinge. Övriga akutsjukhus inbjöds särskilt via chefsläkarmöte, men ingen anmälde sig.

Arbetsgrupperna fick i uppgift att diskutera vad ett palliativt kunskapscentrum skulle innehålla. Arbetsgruppernas arbete dokumenterades utifrån en rapportmall och rapporten skickades in till projektgruppen.

Följande förslag kom fram från arbetsgrupperna:

FoUU-gruppen: Det är viktigt med en långsiktig planering. Det palliativa kunskapscentrumet ska söka, samla och sprida evidensbaserad kunskap samt underlätta för implementering av detta. Ett palliativt kunskapscentrum bör ligga på en neutral plats.

Akutsjukvårdsgruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ge stöd och råd, ha en hemsida, nyhetsbrev, samla och sprida aktuellt information och kunskap, patient- och närstående information samt erbjuda föreläsningar, kurser och konferenser.

Specialiserad palliativ slutenvårdgruppen: Gruppens förslag är att kunskapscentrumet ska samla och sprida kunskap, analysera kompetensbehov, ge palliativ utbildning, samordna projekt och forskning, stödja personal i komplexa sociala situationer, ge tips angående palliativ sedering.

Hemsjukvårdsgruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ge information om palliativ vård, utbildning, forskning och utveckling, främja samverkan mellan vårdgivare och minska ojämlik palliativ vård (kunskapsmässigt) samt att vara remissinstans.

Äldregruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ha omvärldsbevakning både nationellt och internationellt, anordna specifika och riktade utbildningar, seminarier och konferenser, underlätta nätverksbyggande, ge handledning och konsultstöd.

Referensgrupper

Referensgrupper har bestått av representanter från specialsakkunniga läkare inom geriatrisk vård och allmänmedicin samt vårdsakkunnig sjuksköterska inom geriatrik. Via Hälso- och sjukvårdsförvaltningens chefläkare inbjöds akutsjukvårdsläkare att delta i referensgruppen, men ingen anmälde sig.

Pensionärs- och patientorganisationerna har haft möjlighet att anmäla representanter. Dessa har fått möjlighet att ta del av samtliga arbetsgruppers förslag och lämnat synpunkter.

Drygt femtio personer har varit involverade i detta utredningsarbete. Se bilaga 2.

Palliativ vård

Kort historik

All vård av döende patienter är *inte* med automatik palliativ vård enligt WHO:s moderna definition från 2002. Den moderna palliativa vården uppstod i själva verket som en motreaktion mot bristfällig vård av cancerpatienter, som varken fick adekvat smärtbehandling, symtomlindring eller psykologiskt stöd.

Palliativ medicin blev en egen specialitet i Storbritannien 1987 och år 1990 skrev WHO sin första definition, som då framför allt handlade om den allra sista tiden. Redan under 1990-talet insåg WHO att begreppet palliativ vård måste breddas för att bättre motsvara behovet.

Palliativ medicin påbyggnadsspecialitet 2014

Alla inom vård och omsorg skall kunna arbeta med ett palliativt förhållningssätt och kunna ge en god och värdig vård i livets slut.

I vissa fall är emellertid symtombilden och behovet mycket komplext och förutsätter expertkunnande. Enligt en grov uppskattning är cirka 1/3 av dödsfallen av sådan art (SOU 2001:6), därför behövs specialister inom palliativ medicin av flera skäl:

- För att vårda de patienter som har komplicerad, kraftigt symptomgivande bild.
- För att verka som konsulter för andra verksamheter.
- För att utveckla området.
- För att forska inom området.

Av dessa skäl har Socialstyrelsen bestämt att palliativ medicin skall bli en påbyggnadsspecialitet, vilket innebär att läkare som redan är specialister till exempel inom onkologi eller geriatrik kan vidareutbilda sig under två till tre års tid för att även få specialistkompetens inom palliativ medicin. Utredning om hur denna specialistutbildning skall se ut pågår.

Palliativ vård i dag

Enligt WHO:s nuvarande definition från 2002 handlar vården om patienter med obotlig, progressiv sjukdom där döden är det förväntade utfallet, men där den palliativa vården med fördel tillämpas redan i ett tidigt palliativt skede, tillsammans med annan sjukdomsmodifierande och livsförlängande behandling. Vidare poängteras att palliativ vård *inte* enbart skall handla om patienter med spridd cancer, utan omfatta patienter i alla åldrar med obotlig, progressiv sjukdom, till exempel sena stadier av KOL, hjärtsvikt, ALS eller demens.

Helhetssyn och fyra dimensioner

För att enligt WHO:s definition kunna kalla den vård man erbjuder för palliativ vård, måste man utgå från en helhetssyn där följande fyra dimensioner beaktas:

- **Fysisk** dimension (smärta, illamående, andnöd och så vidare).
- **Psykisk** dimension (till exempel oro, nedstämdhet, sömnproblem).
- **Social** dimension (bland annat boendet, närståendestöd och så vidare).
- **Existentiell/andlig** dimension (till exempel dödsångest, meningslöshet).

Med helhetssyn avses att samtliga fyra dimensioner påverkar varandra. Som exempel vet vi från den moderna hjärnforskningen att akut obearbetad dödsångest ökar upplevelsen av fysisk smärta. I komplicerade fall räcker det därför inte med smärtstillande läkemedel såsom morfin för att uppnå smärtfrihet, ibland behövs existentiella stödsamtal för att patienten skall kunna slappna av och därmed uppleva smärtlindring.

Fyra hörnstenar eller arbetsredskap

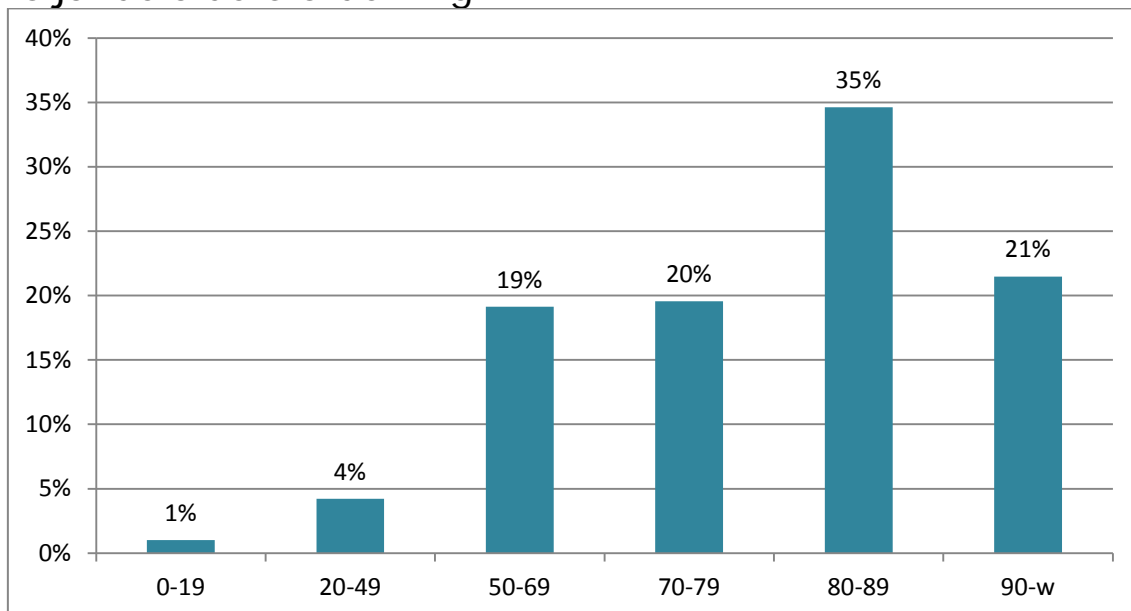
För att uppnå högsta möjliga resultat, arbetar man med fyra så kallade hörnstenar inom den palliativa vården:

- **Symtomkontroll** i vid bemärkelse (det vill säga både fysiska och psykiska symtom samt sociala och existentiella problem).
- **Kommunikation och relation:** En trygg patient och familj mår bättre och följsamheten till ordinationer ökar.
- **Teamarbete:** Eftersom patienten har komplexa behov behövs både olika personalgruppers samlade och koordinerade insatser.
- **Närståendestöd:** Enligt WHO är närståendestöd en självklar del av vården eftersom ett hotande dödsfall drabbar hela familjen.

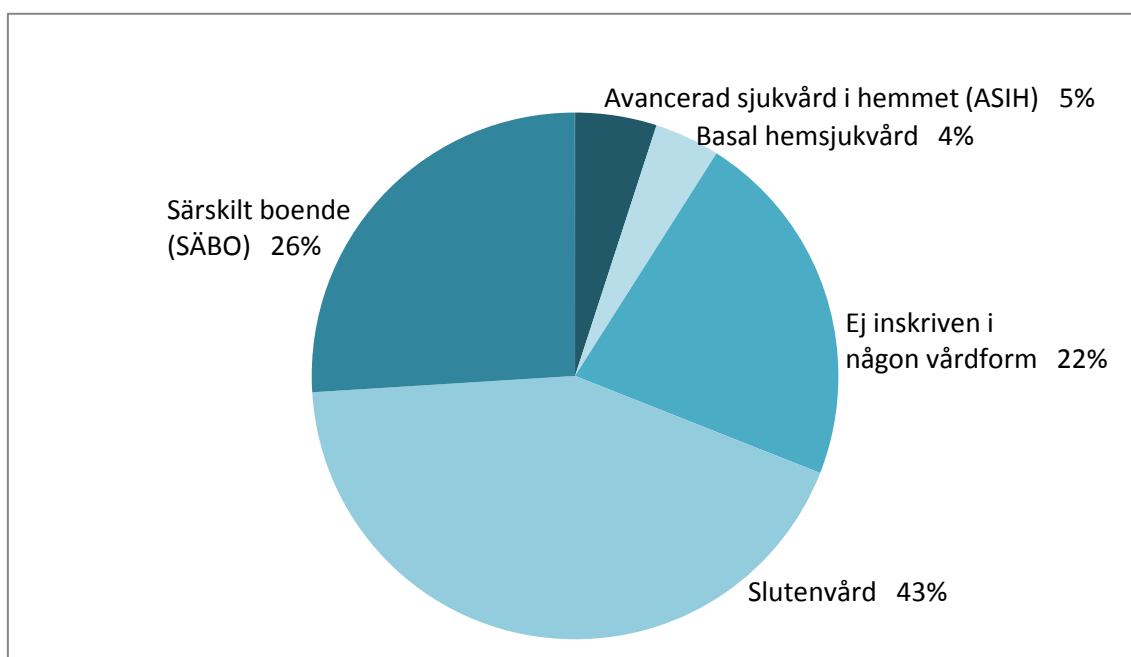
Statistik

Statistiken är hämtad ur Stockholms läns landstings databas för vårdkonsumtion/produktion, kallad Val-databas.

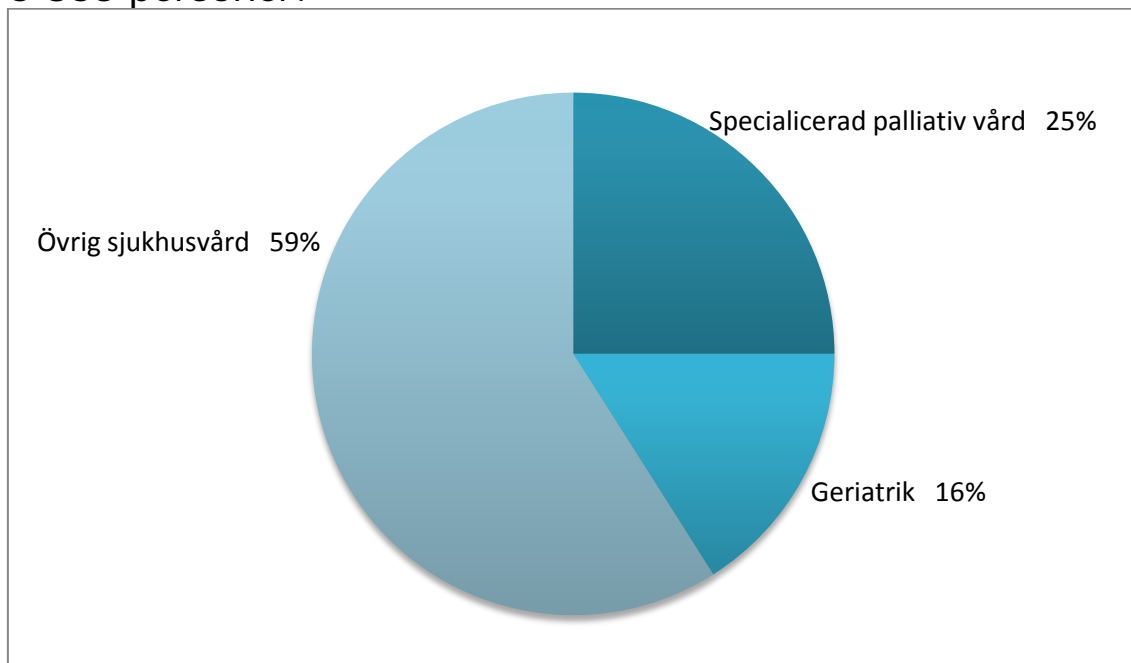
År 2012 avled 15 960 personer i Stockholms län enligt följande åldersfördelning:



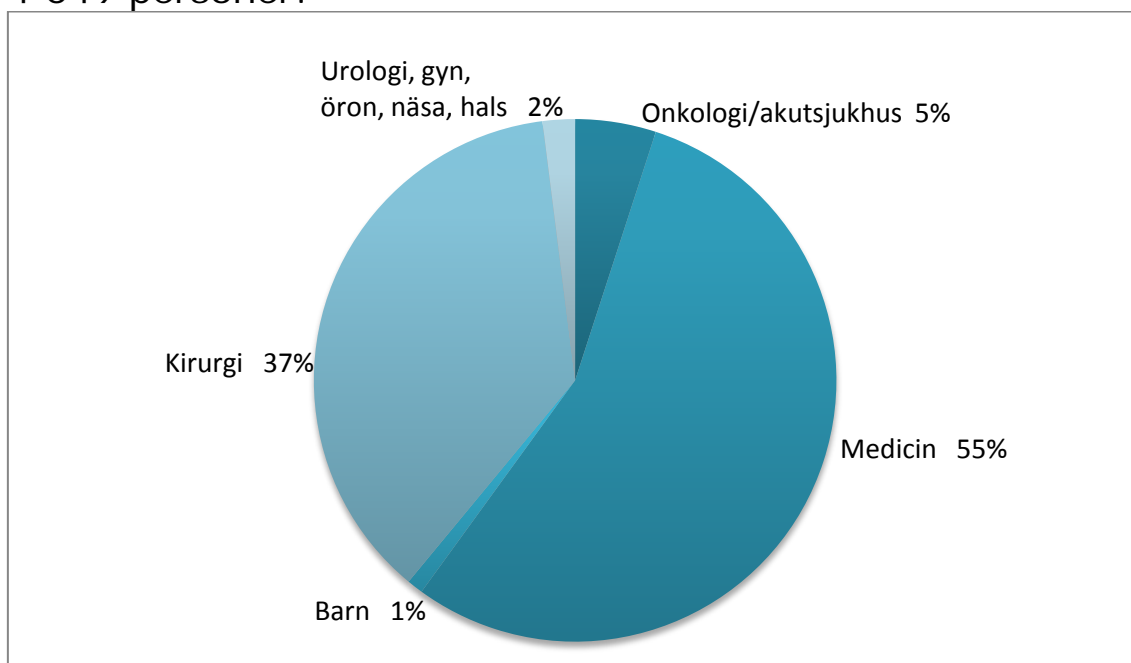
Fördelning av totalt 15 960 avlidna 2012:



Fördelning av totalt antal avlidna i slutenvården 2012,
6 863 personer:



Fördelning av totalt antal avlidna i övrig sjukhusvård 2012,
4 049 personer:



Olika behov

Avgränsningar

Som framgår av statistiken ovan är majoriteten av patienterna över 65 år. *Det innebär inte att palliativ vård är liktydig med äldrevård*, eftersom palliativ vård förekommer i alla åldrar, från spädbarnet och den unge vuxne, till åldringen.

Palliativ vård är inte heller liktydig med kronisk sjukdom, även om den tidiga fasen kan vara under lång tid, spridd cancer är ett sådant exempel. Medan vissa patienter dör redan inom veckor eller månader efter att cancer spritt sig, kan till exempel patienter med skelettmetastaserande bröstcancer eller prostatacancer leva i flera år och undantagsvis till och med mer än 10 år. *Till skillnad från kronisk sjukdom* är att en palliativ diagnos (till exempel spridd cancer) är den förväntade dödsdiagnosen, oavsett om döden inträffar efter månader eller först efter flera år. I motsats till detta kan en kronisk sjukdom vara livslång (till exempel en reumatisk sjukdom eller diabetes), utan att patienten förväntas dö av den sjukdomen.

Kvantitativt behov

Sjukvården har omorganiserats i hög grad under de senaste 20 åren. Sjukhusplatserna har reducerats avsevärt, vårdtiderna har förkortats och många verksamheter har öppenvårdsmottagningar. Så är till exempel fallet med palliativa cytostatikabehandlingar som tidigare gavs inneliggande, men i dag väsentligen ges på sjukhusmottagningar, eftersom den palliativa avancerade sjukvården i hemmet (ASIH) tar hand om eftervården (behandling av illamående, lunginflammationer och andra infektioner, buktappningar och så vidare). Det innebär att den specialkunskap som tidigare fanns på sjukhuset nu behöver finnas i hela vårdkedjan, både inom landstingets hälso- och sjukvård som inom kommunens vård- och omsorgs verksamheter.

Kvalitativt behov

I dag skall den palliativa vården omfatta alla patienter, både cancer och icke-cancerdiagnoser. Eftersom den palliativa vården har utvecklats utgående från den svårt sjuke cancerpatientens behov, behövs både kunskapsspridning och kunskapsutveckling när det gäller *andra* diagnoser såsom palliativ vård för patienter med svår KOL, hjärtsvikt eller demens. Sådant kunskap finns i dag, men den är inte allmänt känd och behöver därför föras ut både inom landstingets och kommunens verksamheter.

Demens är exempel på en sådan diagnos, där det palliativa behovet är underskattat, möjligen beroende på att sjukdomen förlöper i typfallet under en tioårsperiod med tilltagande symtom och problem. KOL är definitivt underskattad som palliativ diagnos, trots att 3 000 svenskar dör i KOL årligen (medan dödsfallen i till exempel bröstcancer är 1 700 per år). Vid de svåra formerna av KOL handlar inte problemet bara om andningen, utan i många fall även om

andra fysiska symtom såsom aptitlöshet, kakexi (undernäring), benskörhet med skelettsmärter, sekundär hjärtsvikt och njursvikt, ångest, oro, förvirring och depression, för att nämna några problem.

Behovet av kunskaper

I samband med remissvaret avseende det nationella kunskapsstödet under hösten 2012 gjordes en genomgång av 17 kommunala budgetar både övergripande och på socialnämnds nivå. I 13 av dessa nämndes ingenting om palliativ vård (eller vård i livets slutskede) Det innebär att resurser saknas i form av pengar och tid för att utbilda alla personalgrupper i palliativ vård.

Samtidigt bjöds länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor och verksamhetschefer till en hearing där det framkom att:

- Utbildningsbehovet som medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna framförde var att det finns ett stort behov av utbildningsinsatser i det svåra samtalet, etik, bemötande, praktisk omvårdnadsHandledning, utbildning i symptomlindring/smärtbehandling.
- Utbildningsbehovet ligger på alla nivåer från omvårdnadspersonal till läkare. Behov finns av massiva utbildningsinsatser, gärna lokalt och tvärprofessionellt så att orden och värden får samma innebörd för alla.
- Det framkommer att avsaknaden av utbildning i palliativ vård innebär att det bör läggas in större block om palliativ vård, både i läkar-, sjuksköterske- och paramedicinska utbildningarna. I omvårdningsprogrammet bör innehållet i utbildningen ses över och palliativ vård bör läggas in som en obligatorisk kurs.

Ökad kunskap om palliativ vård behövs hos de företag som bedriver hemtjänst, både privata och kommunala. Det brister också i kunskap hos biståndshandläggare och behov finns av riktad utbildning för denna grupp.

Många tar upp att det saknas tillgång till handledning och utbildade handledare ute i kommunerna, viss handledning finns på en del äldreboenden, men saknas oftast helt i hemtjänsten.

De verksamheter i länet exempelvis Solna kommun som har satsat på att utbilda palliativa ombud har sett detta som en framgångsfaktor att ha specialistutbildad personal i palliativ vård.

Även om breddutbildning av de stora grupper som vårdar döende patienter till exempel inom kommunens vård och omsorg är av högsta prioritet, behövs även spetsutbildning och fortbildning inom den specialiserade palliativa värden.

I dag är värden relativt bra på behandling av fysiska symtom liksom på att ge psykosocialt stöd, även om det finns förbättringsutrymme, medan det fortfarande finns brister i det konkreta existentiella stödet, till exempel till patienter med akut dödsångest.

Nationella riktlinjer, vårdprogram och kunskapsstöd

I Socialstyrelsens beskrivning av god vård ingår det att vården ska vara:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig,
- säker,
- patientfokuserad,
- effektiv,
- jämlik och ges i god tid.

För att uppnå dessa målsättningar baseras vården på Hälso- och sjukvårdslagen samt olika dokument som ger underlag till hur vården ska bedrivas, som nationella riktlinjer/*Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* och *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*.

Nationellt vårdprogram för palliativ vård

Vårdprogrammet² innehåller tre olika delar;

1. Palliativ vård
2. Vårdkvalitet
3. Symtomlindring

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede innehåller vägledning, rekommendationer, termer och definitioner samt indikatorer.

Kunskapsstödet ger beslutsfattare i kommuner och landsting en tydlig vägvisare för vilka satsningar som behöver göras och ger personalen ett stöd i det dagliga arbetet.

² Nationellt vårdprogram för palliativ vård på Regionalt Cancercentrums webbplats:
<http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-vard/>

Projektets systematiska arbetsgång

Se bilaga 2.

Beslutsprocess

Avstämningsmöte mellan de fem arbetsgrupperna och projektgruppen, den 29 november 2013.

Förankring av projektförslaget, den 9 december 2013. Projektägaren Olle Olofsson och enhetschef Catharina Johansson träffar hälso- och sjukvårdsdirektör Catarina Andersson Forsman för förankring av projektförslaget samt diskussion om finansiering och det palliativa kunskapscentrumets organisatoriska tillhörighet.

Förslaget presenteras, den 4 februari 2014. Förslaget om ett palliativt kunskapscentrum presenteras i sin helhet för Catarina Andersson Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting.

Inbjudan till dialogkonferens sänds ut under februari 2014 till förtroendevalda och berörda tjänstemän inom kommuner och landstinget. Bland annat via KSL:s Sociala välfärdsberedning och till presidiet för KSL/HSN.

Dialogkonferens om förslag till ett palliativt kunskapscentrum, den 4 april 2014, förslaget presenteras för förtroendevalda från kommuner och landsting samt berörda tjänstemän, frågor kan ställas och förslaget diskuteras.

Sociala välfärdsberedningen vid KSL, den 24 april 2014. Där kan beslutas om kommunernas representanter vill satsa på förslaget och i så fall tas frågan upp i presidiet för KSL/HSF.

Pensionärs- och funktionsnedsättningsorganisationer informeras vid ordinarie möte med HSF. April/maj 2014.

Presidiet för KSL/HSN sammanträder, den 8 maj 2014. Om presidiet ställer sig bakom förslaget kan frågan gå vidare till kommuners respektive landstingets beslutande organ enligt gängse ordning.

Äldreberedning vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, den 8 maj 2014 kan behandla förslaget.

Beslut kan fattas för landstinget vid Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde, den 20 maj 2014.

KSL:s styrelse kan fatta beslut om att rekommendera sina medlemmar (kommuner i Stockholms län) att ansluta sig till förslaget den 12 juni 2014.

Källförteckning

- 1. Framtidsplanen andra steget** – konkretisering av det fortsatta arbetet. Rapport framtagen av Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård inom Stockholms läns landsting. Dokumentet beslutades av landstingsfullmäktige i juni 2013. Diarienummer: LS 1304-0527.
- 2. Statens Offentliga Utredningar:** Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Delbetänkande från Kommittén om vård i livets slut. SOU 2000:6, Socialdepartementet.
- 3. Statens Offentliga Utredningar:** Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slut. SOU 2001:6, Socialdepartementet.
- 4. Strang P:** Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. Ur: Strang P, Beck-Friis B (red): Palliativ medicin och vård. 4:e omarbetade upplagan. Liber förlag 2012. sid 30-34.
- 5. Regionalt Cancercentrum:** Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014.
<http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-varld/>
- 6. Socialstyrelsen:** Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013.

Bilageförteckning

- 1 Deltagarförteckning
- 2 Projektets systematiska arbetsgång



Deltagare i projekt

Palliativt kompetenscentrum

Styrgrupp

Olle Olofsson, projektägare, HSF, Avdelningen för närsjukvård

Gunilla Benner-Forsberg, HSF, Enheten för styrning och ekonomi

Gunilla Hjelm Wahlberg, KSL

Ann-Sofie Holmertz, KSL, Vaxholms kommun

Catharina Johansson, HSF, Enheten för geriatrik

Katarina Lannerwall, HSF, Regionalt cancercentrum

Projektgrupp

Lena Waller, projektledare, HSF, Enheten för geriatrik

Helena Adlitzer, HSF, Regionalt cancercentrum

Annica Dominius, KSL, Stockholms stad

Anna Karbin Lund, HSF, Enheten för kommunikation

Agneta Kling, KSL, Nacka kommun

Peter Strang, Karolinska institutet

Referensgrupper

Specialsakkunniga

Ingegerd Nydevik

Thomas Wohlin

Vårdsakkunnig

Anette Holmkvist



Patient- och pensionärsorganisationer

Karin Rask, HSO (Handikappförbunden)

Berit Maggaard, Epilepsiföreningen

Pia Kerstin Silverdal, Stockholms dövas förening

Ewa Ekstrand, Blodcancerföreningen

Olle Johansson, DHR (Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet –
Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder)

Karin Wilborg, SPF (Sveriges Pensionärsförbund)

Käte Diederichsen, PRO (Pensionärernas Riksorganisation)

Arbetsgrupper

Hemsjukvård	
Basal hemsjukvård	Pia Skog Fogelberg, läkare Boo vårdcentral
Basal hemsjukvård	Sofie Ursäter, sjuksköterska PR VÅRD OCH OMSORG
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Marianne Eriksson, sjuksköterska Rehabhotellet
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Gunilla Ridderström, sjukgymnast Ersta Hospiceklirik
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Anna Ehn, enhetschef, sjuksköterska Stockholms sjukhem
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Maria Enberg, arbetsterapeut ASiH Sabbatsberg
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Fredrik Sandlund, verksamhetschef ASiH Nacka Långbro park
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Elisabeth Norén, läkare Praktikertjänst Löwet ASiH



Äldre	
Särskilt boende (SÄBO)	Anders Sundberg, läkare Legevisitten
Geriatrik	Linda Holmgren, sjuksköterska Capio geriatrik Nacka
Geriatrik	Therese Lindberg, sjuksköterska, Stockholms sjukhem Brommageriatriken
Nacka kommun	Agneta Kling, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Nacka kommun
Stockholms kommun	Agneta Blomkvist, medicinskt ansvarig sjuksköterska Hägersten- Liljeholmen- Älvsjö Skärholmen stadsdelsförvaltning
Solna kommun	Kristina Landelius, biståndshandläggare Solna kommun
Specialiserad palliativ slutenvård (SPSV)	
Specialiserad palliativ slutenvård, Barn	Pernilla Lucander, barnsjuksköterska Lilla Erstagårdens barn- och ungdomshospice
Specialiserad palliativ slutenvård, Barn	Christina Lindström, Bitr. chefssjuksköterska, Lilla Erstagårdens barn- och ungdomshospice
Specialiserad palliativ slutenvård	Monica Nilsson, enhetschef, Bylegård
Specialiserad palliativ slutenvård	Mats Linderholm, verksamhetschef, Palliativa sektionen Stockholms sjukhem
Specialiserad palliativ slutenvård	Lisa Sand, kurator ASiH Nacka – Långbro park
Specialiserad palliativ slutenvård	Conny Hagman, chefssjuksköterska, Hospiceavdelning, Ersta sjukhus
Akutsjukvård	
Karolinska Universitetssjukhus	Marie-Louise Lagheim, sjuksköterska Hematologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhus



Karolinska Universitetssjukhus	Michael Melin, läkare Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Margareta Skog, handläggare Staben Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Margareta Tegman, sjuksköterska Staben för kvalitet och patientsäkerhet Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Kerstin Åkerlund Neurologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhus
FoUU	
Palliativt forskningscenter Ersta	Anette Henriksson, leg. specialist sjuksköterska, med dr, lektor i palliativ vård Palliativt forskningscenter, Ersta Sköndal högskola, Ersta sjukhus, institutionen för neurobiologi, vård och samhälle
FoU nu	Elisabeth Bergdahl, leg sjuksköterska, med.dr, projektledare, FoUnu/SLSO, Universitet Nordland, Norge
FoU Äldrecentrum	Christina Riddebäck, leg. Specialistsjuksköterska, utvecklingsledare EBP Regional utvecklingsledare för evidensbaserad praktik i socialtjänst och för hörande hälso- och sjukvård, Stockholms län, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
FoU Seniorium	Ingbritt Rydeman, leg specialistsjuksköterska, med.dr, verksamhetschef FoU Seniorium
Nestor FoU-center	Eva Karlsson, fil.dr Etnologi, projektledare Nestor FoU-center
FoUU Stockholms sjukhem	Marie-Louise Ekeström, leg sjuksköterska, magister, diplomerad i palliativ omvårdnad, nationell LCP- samordnare, fältarbetare Svenska palliativregistret, FoUU, Stockholms sjukhem
CeFam	Erika Berggren, distriktssköterska, doktorand, vårdutvecklingsledare VUL, palliativ vård- nutrition



Projektets systematiska arbetsgång

Förstudie

Projektet startades med en kartläggning om vilka behov som finns av ett Palliativt kunskapscentrum. Enskilda möten genomfördes med företrädare för Palliativt forskningscenter vid Ersta Sköndal högskola och Ersta sjukhus, Stockholms sjukhems forskningscentrum, CeFam, Nestor FoU-center, FOUUnu, Stiftelsen Äldrecentrum samt Karolinska Institutet.

Samtliga företrädare påtalade ett behov av ett Palliativt kunskapscentrum. Det finns svårigheter av att föra ut forskningsresultat och utvecklingsarbeten till personalen uti vård- och omsorgsverksamheterna. En del av forskningsresultaten är akademiskt skrivna och behov finns därför att anpassa dessa för att kunna användas i praktiskt arbete.

Arbetsgrupper

Ett uppstartsmöte

Den 24 maj 2013 genomfördes det ett uppstartsmöte med representanter från styrgrupp, projektgrupp och arbetsgrupperna. Efter korta föredrag under förmiddagen fick arbetsgrupperna i uppdrag utifrån sina professioner diskutera om det fanns behov av ett palliativt kunskapscentrum. Energin var hög hela dagen och många synpunkter diskuterades.

Arbetsgrupper

Arbetsgrupperna fick i uppgift att diskutera vad ett palliativt kunskapscentrum skulle innehålla. Arbetsgruppernas arbete dokumenterades utifrån en rapportmall och rapporten skickades in till projektgruppen.

Möte med arbetsgrupperna den 29 november

Projektgruppen informerar arbetsgrupperna om projektgruppens förslag till Palliativt kunskapscentrum samt den fortsatta processen.

Fem palliativa kompetenscentrum i landet

Palliativt centrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Palliativt centrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som funnits sedan 2010, kontaktades via e-post. Centrumets personalbemanning är 1 sjuksköterska på heltid, 0,5 läkare, 0,5 socionom/kurator och 0,5 forskningsassistent.



Palliativa kunskapscentrumet ger allmän rådgivning avseende symtombehandling, rådgivning i specifika patientärenden, rådgivning i psykosociala frågor samt driver utbildnings- och informationsaktiviteter. Verksamheten får utbildningsuppdrag av enheter på Sahlgrenska universitetssjukhus, primärvården och kommunen. De genomför egna utbildningar bland annat grundkurs i palliativ vård för all personal (två dagar). Fördjupningskurser erbjuds i olika ämnen såsom; palliativ vård i praktiken, närståendestöd, existentiella frågor med mera. De skräddarsyr även utbildningar och föreläsningar. Under 2014 arrangerar Palliativa kunskapscentrumet tillsammans med Nationella rådet för palliativ vård, NRPV, den tredje nationella konferensen i palliativ vård den 4-5 mars 2014. Verksamheten är anslagsfinansierad.

Kompetenscentrum i Uppsala

Kompetenscentrum i Uppsala intervjuades via telefon. Detta centrum har bedrivits i projektform under fem år. Någon fortsättning är ännu inte beslutad. Uppdragsgivare är landstinget, universitetet och åtta kommuner. Uppdraget består av utbildning, fortbildning, vårdutveckling, kvalitetssäkring, forskning och implementering av forskningsresultat i vården. Kompetenscentrumet består av 30 % FOU ledare. Representanten betonade vikten av ett tydligt uppdrag och svårigheter om flera har samma uppdrag exempelvis rådgivning. Finansieringen är 600 000kr/år.

Palliativt kunskapscentrum i Lund

Representanter från projektgruppen har haft möte med chefen för palliativt kunskapscentrum i Lund. Uppdragsgivarna är Lunds Universitet och Region Skåne. Uppdragen är utbildning, utveckling, bedriva forskning och utbildning för både allmän och specialiserad palliativ vård. Ett annat uppdrag till det palliativa kompetenscentrumet är att undervisa på läkarutbildningen. Detta kompetenscentrum invigdes i början av år 2013 och nu rekryteras personal såsom en omvårdnadsforskare och en forskare för palliativ medicin.

Finansiering delas mellan Craafords stiftelse, region Skåne samt Lunds universitet totalt 22,5 Mkr (7,5 Mkr från respektive organisation) samt forskningsmedel som söks utifrån.

Universitet finansierar professor i omvårdnad, vilket kommer att leda till nätverk med högskolan, lektorat och doktorand.

Palliativt kompetenscentrum i Östergötland

Studiebesök gjordes vid palliativt kompetenscentrum i Östergötland. Uppdragsgivare är landstinget och kommunen.

Centrumet består av en verksamhetschef samt deltidsanställda verksamhetsföreträdare. Arbetsgruppen träffas för att dra upp riktlinjer hur och vad kompetenscentrumet ska arbeta med. Kompetenscentrumet har i uppdrag att utbilda all personal i Östergötland i palliativ vård. Det palliativa kompetenscentrumet har utbildat 8 000 personer. De har även i uppdrag att arbeta med palliativa frågor nationellt.



Palliativt centrum i Kronobergs län

Studiebesök gjordes vid Palliativt centrum för samskapad som bildades 1 januari 2013. Centrumet är en samverkan mellan Linnéuniversitetet, Landstinget Kronoberg och de åtta kommunerna i Kronobergs län.

Visionen är att alla patienter ska uppleva en god palliativ vård, ett gott döende och en god död, samt att närstående upplever att de får tillräckligt stöd i sorgeprocessen före och efter dödstillfället.

Den övergripande målbilden är att all personal är väl utbildad i palliativ vård för att skapa en välfungerande, hållbar och samskapad palliativ vård för alla personer i Småland. Den palliativa vården inom landsting och kommun ska utvecklas, så att patienter, närstående och personal, tillsammans med forskare, implementerar evidensbaserad vård i ett kontinuerligt integrativt lärande. Detta stärker patienters och närståendes inflytande och delaktighet i vården och ökar vårdkvaliteten. Uppdraget är utbildning, klinisk utveckling, forskning.

Det första året har mycket tid gått åt till förankring och planering. De har påbörjat översyn av utbildningar vid Linnéuniversitetet och startat upp utbildning i studiecirkelform för personal i Lessebo och Markaryds kommuner samt på hjärtsvikt-mottagningar på lasaretten i Växjö och Ljungby.

Finansiering 2013: Familjen Kamprads stiftelse 5,7 miljoner, Linnéuniversitetet 1,7 miljoner, Landstinget Kronoberg 0,8 miljoner samt kommuner som bidrar med viss personals arbetstid. Familjen Kamprad stiftelsen kommer att stödja projektet under åren 2013-2017.

Referensgrupper

Referensgrupp patient

Denna grupp bestod av representanter från regionala pensionärs- och patientorganisationer. Representanter från projektgruppen träffade gruppen för att presentera arbetsgruppernas rapporter. Tre deltagare lämnade skriftligt önskemål om hur de önskade att bli vårdade.

Referensgrupp specialsakkunniga läkare och vårdsakkunnig sjuksköterska

Denna grupp bestående av representanter från allmänmedicin (husläkarverksamhet) och geriatrik har fått ta del av arbetsgruppernas rapporter och därefter lämnat synpunkter. Trots inbjudan till akutsjukhusen har det inte kommit in några synpunkter.