

Revisionsrapport

Palliativ vård - samverkan mellan kommun och landsting

Kalix kommun

Jenny Krispinsson
Anna Carlénius
Maria Strömbäck
Hans Rinander

November 2015

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionskriterier	4
2.3.	Syfte och kontrollområden	4
2.4.	Metod.....	5
2.5.	Avgränsning.....	5
3.	Granskningsresultat	6
3.1.	Mål, rutiner och riktlinjer för palliativ vård.....	6
3.1.1.	Länet	6
3.1.2.	Kalix kommun	6
3.2.	Ansvarsfördelning	7
3.2.1.	Länet	7
3.2.2.	Kalix kommun	8
3.3.	Systematisk planering	9
3.3.1.	Länet	9
3.3.2.	Kalix kommun	10
3.4.	Informationsöverföring.....	11
3.4.1.	Länet	11
3.4.2.	Kalix kommun	12
3.5.	Palliativ vård och hemsjukvården	12
3.5.1.	Länet	12
3.5.2.	Kalix kommun	13
3.6.	Kompetens.....	13
3.6.1.	Länet	13
3.6.2.	Kalix kommun	14
3.7.	Rapportering och uppföljning.....	14
3.7.1.	Länet	14
3.7.2.	Kalix kommun	15
4.	Revisionell bedömning.....	17
4.1.	Rekommendationer.....	18
Bilaga 1	19	
Bilaga 2	20	
Bilaga 3	21	

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Kalix kommun har PwC genomfört en granskning avseende samverkan mellan kommun och landsting kring palliativ vård. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår **sammanfattande bedömning** är att samverkan mellan kommun och landsting till övervägande del är tillräcklig för att kunna erbjuda personer en god vård i livets slutskede, men att det finns utvecklingspotential inom området. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser kopplat till respektive för granskningen styrande kontrollmål:

- **Implementering av nationellt vårdprogram gällande palliativ vård har skett**

Implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Kalix.

- **Det finns fastställda mål gällande palliativ vård och dessa är kända inom verksamheterna**

I Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede- Palliativ vård framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Mål, indikatorer och aktiviteter för den palliativa vården finns också i socialnämndens egna målstyrningsdokument. Målen till stor del är kända av de som berörs av dem.

- **Det finns fastställda riktlinjer gällande palliativ vård och dessa är kända och tillämpade**

Det finns fastställda riktlinjer och checklistor för delar av den palliativa vården, men dessa är inte kända och tillämpade i tillräckligt hög utsträckning hos all personal som berörs av dem. Vi noterar dock att det pågår ett arbete med att revidera de riktlinjer och checklistor som finns för att de ska rikta sig till alla verksamheter som arbetar med palliativa människor.

- **Ansvarsfördelning mellan vårdgivarna (huvudmännen) är tydlig**

Ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot brister ibland ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget i praktiken och att det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.

- **Systematisk planering sker gällande patient med palliativ diagnos**

Systematisk planering sker i stor utsträckning avseende patienter med palliativ diagnos. Dock finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede.

Dessutom finns det risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.

- **Tillräcklig informationsöverföring sker mellan vårdgivare för patient med palliativ diagnos**

En välfungerande och säker informationsöverföring sker inte i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska används för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.

- **Eventuell påverkan av den palliativa vården har observerats efter kommunens övertagande av hemsjukvården**

Den palliativa vården har till viss del påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas hemma, detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården har ännu genomförts i kommunen.

- **Personal har erforderlig kompetens avseende patientgruppen**

Personal har i stor utsträckning kompetens avseende allmän palliativ vård men det finns behov av att se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.

- **Resultaten följs upp i verksamheten och rapportering sker till ansvarig nämnd**

Resultat avseende den palliativa vården följs upp i tillräcklig utsträckning genom indikatorer från Svenska palliativregistret och andra nyckeltal som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen årligen. Vår bedömning är även att socialnämnden och dess förvaltning arbetar för att höja kvalitén på verksamheten utifrån de resultat som framgår av registret.

Rekommendationer

För att ytterligare utveckla den palliativa vården vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att de reviderade rutinerna för den palliativa vården implementeras i de verksamheter som vårdar och stödjer palliativa patienter
- Att nämnden säkerställer att det tydliggörs vad kommunens och landstingets ansvar för vården av palliativa patienter innebär i praktiken
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig och patientsäker informationsöverföring mellan kommunen och landstinget
- Att nämnden ser över möjligheten till kompetensutveckling inom palliativ vård hos framförallt baspersonal

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Palliativ vård vilket är en form av hälso- och sjukvård kan i Norrbotten ges vid sjukhus, hälsocentral, ordinärt boende samt särskilt boende. Socialstyrelsens definition av hemsjukvård: ”Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. ”Hälso- och sjukvård i ordinärt boende överfördes 2013 från landstinget till kommunerna i länet.

Väsentlighet: Varje år avlider ungefär en procent av landets befolkning, vilket innebär mellan 90 000 och 93 000 personer. Det finns uppskattningar om att 80 procent av dessa skulle ha nytta av den palliativa vårdens innehåll. Under senare år har palliativ vård erkänts och blivit en vårdfilosofi med en egen specifik kunskap som kan hjälpa människor i livets slutskede. Palliativ vård beskrivs enligt WHO som ”En aktiv helhetsvård av patienter vars sjukdom inte svarar på kurativ (botande) behandling. Smärtkontroll och kontroll av andra symptom inkluderande psykologiska, sociala och existentiella problem står i fokus. Målet för den palliativa vården är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienterna och dess närstående”.

Risk: Möjlighet till god palliativ vård varierar beroende på var i landet man bor. Det finns även indikationer från Norrbottens län om att kontakterna, efter primärkommunernas övertagande av hemsjukvården, mellan läkare och distriktssköterskor har försvårats i samband med vården av den enskilda patienten. Detta gäller också för patienter i palliativ vård och som vårdas vid särskilda boenden eller i ordinärt boende.

I maj 2013 gav Socialstyrelsen ut en omarbetad version av Nationella riktlinjer för en god palliativ vård.

En svensk studie (2010) visar på att en majoritet av dessa patienter avled i särskilda boenden (75 procent) eller på sjukhus (20 procent). En mycket liten andel vårdades och avled i sitt ordinarie hem. Flera studier visar även att de sista två veckorna i livet ökar antalet inläggningar på sjukhus dramatiskt för dem som bor vid särskilda boenden, och att många slutligen avlider på sjukhus, trots att intentionerna för den palliativa vården är att man ska kunna få vård och omsorg vid livets slut i sin hemmiljö, oberoende av var man bor.

En undersökning av den palliativa vården visade också att var femte kommunal boendeform saknar tillgång till läkare under jourtid. Situationen är nästan likadan för svårt sjuka inom hemsjukvården. – Det är väl ett tecken på i viss mån en bristande uppmärksamhet och bristande planering av detta område och bristande samordning mellan kommun och landsting, menar chefen för vård och omsorg vid SKL och fortsätter – följden av att läkare saknas är att sjuksköterskor får kompensera för läkarnas frånvaro. Det innebär att ett alltför stort ansvar vilar på sjuksköterskor och undersköterskor som helt felaktigt tvingas fatta beslut som de egentligen inte har befogenhet för.

2.2. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763
- Patientsäkerhetslag 2010:659
- Socialtjänstlagen 2001:453, 3 kap, 5§
- SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2005:27, Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Vård i livets slutskede- Palliativ vård i Norrbotten Handlingsprogram (2013)
- Gemensamma riktlinjer för samverkan (Kommunförbundet i Norrbotten och Norrbottens läns landsting, 2011/2013)
- Avtal gällande övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser inom ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län

2.3. Syfte och kontrollområden

Syftet med granskningen är att ge underlag för bedömning om samverkan mellan huvudmännen är tillräcklig avseende målet att erbjuda personer en god vård under livets sista tid.

Kontrollområden/granskningsmål

- Det finns fastställda mål gällande palliativ vård och dessa är kända inom verksamheterna
- Det finns fastställda riktlinjer gällande palliativ vård och dessa är kända och tillämpade
- Ansvarsfördelning mellan vårdgivarna (huvudmännen) är tydlig
- Systematisk planering sker gällande patient med palliativ diagnos
- Tillräcklig informationsöverföring sker mellan vårdgivare för patient med palliativ diagnos
- Personal har erforderlig kompetens avseende patientgruppen
- Implementering av nationellt vårdprogram gällande palliativ vård har skett
- Eventuell påverkan av den palliativa vården har observerats efter kommunens övertagande av hemsjukvården
- Resultaten följs upp i verksamheten och rapportering sker till ansvarig nämnd

2.4. Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentationsinsamling (styrdokument, riktlinjer, rutiner, vårdprogram m m)
- Upprättande av granskningsprogram och intervjuguide
- Inom landstinget: Intervjuer med divisionsledning, medicinskt ansvariga och omvårdnadsansvariga för palliativ verksamhet vid valda sjukhus och hälsocentraler. Totalt har 68 personer intervjuats inom landstinget.
- Inom kommunerna (Boden, Jokkmokk, Gällivare, Kiruna, Pajala, Övertorneå, Kalix och Haparanda): Intervjuer med socialchef, avdelningschefer, enhetschefer inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten samt hälso- och sjukvårdsenhet, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), sjuksköterskor, omvårdnadspersonal. Totalt har 145 personer intervjuats för granskningen inom kommunerna varav 19 representerar Kalix kommun.
- Sammanställning och analys av insamlat material.
- En rapport har sammanställts för respektive granskningsobjekt, d v s för respektive kommuns socialnämnd samt för landstingsstyrelsen.

2.5. Avgränsning

Granskningen har, för kommunerna, avgränsats till att gälla socialnämnden och individer som antingen har hemsjukvårdsinsatser eller bor vid kommunens särskilda boenden. För granskningen har ett urval av hemtjänstgrupper, särskilda boenden och personlig assistansgrupper genomförts. Även kommunens hälso- och sjukvårdsenhet har berörts av granskningen.

För landstinget har ett urval av hälsocentraler samt avdelningar på sjukhus i länet berörts av granskningen.

För ytterligare avgränsning, se revisionsfråga, kontrollmål och metod.

3. Granskningsresultat

3.1. Mål, rutiner och riktlinjer för palliativ vård

3.1.1. Länet

Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten är senast reviderat och aktualiserat under våren 2013 av representanter från landsting och Kommunförbundet i Norrbotten. Handlingsprogrammet är ett samverkansdokumentet som berör patienter som är över 18 år i livets slutskede. Syftet med handlingsprogrammet är att ge vägledning och stöd enligt standards för vård i livets slutskede, som underlag för rutiner på lokal nivå, stimulera och underlätta utveckling samt kvalitetsuppföljning. Målet är, enligt handlingsprogrammet, att palliativ vård i Norrbotten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas för att säkra kvalitén och fungerande vård- och omsorgskedjor för god vård i livets slutskede på lika villkor. Av granskningen framgår att Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014 har legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten.

Handlingsprogrammet innehåller riktlinjer för den palliativa vården i Norrbotten. Bland annat lyfts innehållet i den palliativa vården fram, vad som är specialiserad palliativ vård och vad som är allmän palliativ vård. Vidare framgår standards samt kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Handlingsprogrammet ska uppdateras genom årlig revidering, men detta har inte skett sedan 2013.

Handlingsprogrammet är antaget av socialnämnderna i sex av de åtta kommuner som ingått i denna granskning. Genom granskningen framkommer att handlingsprogrammet inte alltid är känt hos personal som arbetar med palliativa patienter inom kommunerna. Inom landstinget har såväl division närsjukvård som division länssjukvård fått i uppdrag av landstingsstyrelsen att implementera handlingsprogrammet.

3.1.2. Kalix kommun

Socialnämnden i Kalix kommun är en av de socialnämnder som har antagit Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – palliativ vård i Norrbotten. Utöver de mål som framgår av handlingsprogrammet finns det ett mål som knyter an till den palliativa vården. Målet lyder "Vi tillhandahåller kunskapsbaserad vård, stöd och omsorg". Till detta finns tre indikatorer med tillhörande aktiviteter som berör den palliativa vården.

Av granskningen framgår att det, utöver handlingsprogrammet finns riktlinjer och checklistor för den palliativa vården i Kalix kommun. Dessa riktlinjer riktar sig främst mot särskilda boenden och finns både på intranätet och i en fysisk pärm på boendena. Vid granskningstillfället pågick ett arbete med att revidera riktlinjerna och checklistorna så att de riktar sig mot alla verksamheter inom socialförvaltningen som arbetar med palliativa patienter.

En arbetsgrupp, bestående av omvårdnadspersonal från särskilda boenden och hemtjänsten samt sjuksköterskor, enhetschefer och rehabpersonal har skapats för detta arbete. De reviderade riktlinjerna ska, när de är färdigställda, antas av socialnämnden och sedan tas upp på arbetsplatsträffar hos berörda enheter och personalgrupper inom socialförvaltningen.

Vidare framgår det att rutinerna och riktlinjerna som finns idag är kända hos kommunens sjuksköterskor och personal inom särskilda boenden. Hos personal inom hemtjänsten är rutinerna inte kända. Överlag uppges att personal till stor del förlita sig på information från ansvarig sjuksköterska.

Bedömning

Vår bedömning är att implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Kalix och i handlingsprogrammet framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Mål, indikatorer och aktiviteter för den palliativa vården finns också i socialnämndens egna målstyrningsdokument. Vår bedömning är att målen till stor del är kända av de som berörs av dem.

Vidare är vår bedömning att det i dagsläget finns fastställda riktlinjer och checklistor för delar av den palliativa vården, men att dessa inte är kända och tillämpade i tillräckligt hög utsträckning hos all personal som berörs av dem. Vi noterar dock att det pågår ett arbete med att revidera de riktlinjer och checklistor som finns för att de ska rikta sig till alla verksamheter som arbetar med palliativa människor.

3.2. Ansvarsfördelning

3.2.1. Länet

I handlingsprogrammet framgår ansvarsfördelning för den allmänna palliativa vården samt den specialiserade palliativa vården. Bland annat framgår att patientansvarig/behandlingsansvarig läkare ansvarar för övergången från kurativ vård till palliativ vård, att sätta palliativ diagnos samt genomföra brytpunktssamtal, med patienten (se Bilaga 1).

Vidare framgår att en vårdnivåbedömning ska göras av patientansvarig/ behandlingsansvarig läkare där behov av allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård bedöms. Med allmän palliativ vård menas palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård. Allmän palliativ vård bedrivs i hemmet och inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden. Specialiserad palliativ vård innebär palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård bedrivs inom en specialiserad palliativ verksamhet eller inom annan verksamhet med stöd av palliativt rådgivningsteam.

Efter vårdnivåbedömning ska remiss skickas till antingen specialiserad palliativ verksamhet inom slutenvården eller till patientansvarig läkare inom primärvården. En palliativ patient kan, enligt handlingsprogrammet, utifrån de behov som finns skifta mellan att tillhöra den allmänna palliativa vården och den specialiserade palliativa vården beroende på hur stabil symtomkontrollen är.

Av granskningen framgår att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, såsom den beskrivs i handlingsprogrammet, är tydlig vad gäller den palliativa vården. Däremot uppger flertalet av de intervjuade i kommunerna att det finns brister vad gäller tillämpningen av handlingsprogrammet och att det i praktiken finns utmaningar vad gäller ansvarsfördelningen. Dessa utmaningar gäller bland annat brytpunktssamtal, palliativa diagnoser samt gränsdragning mellan allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård.

Inom varje av landstingets närsjukvårdsområden finns ett Palliativt rådgivningsteam (PRT). PRT ska bistå med multiprofessionell kompetens och utbildningsinsatser inom palliativ vård och sjuksköterskorna i teamen ska fungera som en länk mellan primärvård, sjukhus, närsjukvård, länssjukvård och kommunerna. PRT finns tillgängliga under dagtid för att ge råd och stöd till patienten, personal och närstående som vårdar personer med palliativ sjukdom i hemmet eller inom slutenvården. Genom de intervjuer som genomförts i kommunerna lyfts det fram personal är väldigt nöjd med det stöd som PRT erbjuder.

3.2.2. Kalix kommun

Ansvarsfördelningen kring den palliativa vården enligt handlingsprogrammet beskrivs som tydlig av de intervjuade inom Kalix kommun. Ändå upplever de flesta att det inte fungerar fullt ut i praktiken på vare sig särskilda boenden eller inom hemsjukvården. Bland annat framgår genom granskningen att ansvarsfördelningen mellan ansvarig kommunal sjuksköterska och läkare är något otydlig. Vidare framkommer att det ibland brister kring framförallt brytpunktssamtal och att alla som är palliativa inte får en palliativ diagnos. Har en patient kommit till socialnämndens verksamheter via palliativa rådgivningsteamet (PRT) uppges att de ofta har fått ett brytpunktssamtal och en palliativ diagnos. Om patienten inte kommer från PRT, antingen via slutenvården eller hälsocentralen, så är det inte självklart att patienten fått brytpunktssamtal och en palliativ diagnos.

Av granskningen framgår att gränsdragningen mellan allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård är något otydlig. De intervjuade upplever att det är frustrerande att inte veta var gränsen mellan allmän och specialiserad palliativ vård går. Vidare uppger flera av de intervjuade att det är oklart vilka insatser kommunens sjuksköterskor kan och får ge i hemmet samt vilka insatser som ska ges inom slutenvården. De intervjuade lyfter fram att de inte vet när det kan säga nej till att ge insatser i hemmet. Flera av de intervjuade skulle gärna vilja ha en tydligare gräns för vilken vård som ska ges i hemmet och vilken vård som ska ges inom slutenvård.

I de intervjuer som genomförts lyfts fram att kontakten med PRT på Kalix sjukhus fungerar bra både inom särskilda boenden och inom hemsjukvården. PRT uppges komma på hembesök vid behov, samt kan hålla utbildningar och stötta vid exempelvis smärtskattning och smärtlindring. Några av de intervjuade önskar att PRT vore än mer delaktiga i själva vården kring patienter som har behov av avancerad palliativ vård.

I handlingsprogrammet framgår det att den patient som har en remiss till specialiserad palliativ verksamhet, efter identifierat vårdbehov, kan få tillgång till såväl trygghetspärm som trygghetsplats inom slutenvården. (se Bilaga 1). Av granskningen framgår dock att personal inom socialförvaltningen inte tycker att det är helt tydligt när en patient har rätt till en trygghetspärm och en trygghetsplats inom slutenvården. Vidare beskrivs att både patienter med trygghetspärm, och utan trygghetspärm ibland har fått åka hem igen på grund av platsbrist på sjukhuset. Om en patient är så pass dålig att denne i dessa fall inte kan åka hem på grund av sina medicinska behov så händer det att patienten, om ledigt rum finns, får en plats på kommunens korttidsboende. Att patienten ska hamna på kommunens korttidsboende när denne uppsöker slutenvård är inte tanken, men ibland görs detta för patientens säkerhet.

Från landstingets verksamheter i Kalix får vi en bild av att samarbetet med Kalix kommun fungerar väl vilket beskrivs som en trygghet för det gemensamma arbetet kring palliativa patienter. PRT beskrivs som en "brygga" mellan landstinget och kommunens hälso- och sjukvård av sjukhuspersonalen och personal vid hälso-centralerna. PRT har dock frågeställningar kring vilka insatser den kommunala hälso- och sjukvården och hälsocentralerna kan erbjuda och vi tolkar det som att det inte är helt tydliggjort för dem.

Bedömning

Vår bedömning är att ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot är vår bedömning att ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget ibland brister i praktiken och att det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.

3.3. Systematisk planering

3.3.1. Länet

I handlingsprogrammet framgår att patienten ska erbjudas en samordnad individuell plan (SIP) inför utskrivning från slutenvården. Planen ska innehålla mål för vård, omvårdnad och sociala insatser med ett tydligt samordningsansvar mellan vårdgivarna. Efter utskrivning från slutenvården ska individuell samordnad planering fortlöpande ske efter överenskommelse, dock senast inom fem arbetsdagar, med berörda vårdgivare. Vidare ska vårdteamet dokumentera och utvärdera överenskommen samordnad individuell plan tillsammans med patient och närstående.

Av granskningen framgår att det i flera av kommunerna som deltagit i granskningen finns brister vad gäller upprättande av SIP:ar mellan kommun och landsting, även vad gäller palliativa patienter. Vidare framgår det att det finns en ökad risk för brister i vårdgivarnas samordningsansvar i de fall SIP:ar inte görs.

I många av de kommuner som deltagit i granskningen lyfts det fram att planeringen kring palliativa patienter överlag fungerar bra när patienten har varit inskriven i slutenvården. Enligt de intervjuade händer det dock att hälsocentralens läkare inte deltar i planeringen inför patientens hemgång. Det händer även att palliativa patienter vid enstaka tillfällen kommer hem utan att en vårdplanering har genomförts. Planeringen kring en palliativ patient på särskilda boenden uppges ibland fungera bättre och ibland sämre. I de fall ansvarig sjuksköterska har en god kontakt med ansvarig läkare, bra med telefontider till läkare samt täta läkarronder på boendena fungerar planeringen kring palliativa patienter ofta bättre. Genom intervjuerna lyfts det fram att det ofta är en utmaning att få till bra planeringar med de hälsocentraler som har många hyrläkare.

3.3.2. Kalix kommun

I Kalix sker vårdplanering för patienter som legat inlagda på sjukhus innan de kommer hem. Vid vårdplaneringarna kommunicerar handläggare, sjuksköterska, enhetschef och rehabpersonal från socialförvaltningen med den enskilde, anhöriga samt personal från berörd avdelning vid sjukhus. De flesta vårdplaneringarna för patienter som är inlagda på Kalix sjukhus sker via fysiska möten medan vårdplaneringar med patienter som är inlagda på annan ort ofta sker via telefon.

Genom intervjuerna lyfts det fram att planeringen oftast fungerar bra, men att primärvårdens läkare inte alltid är tillräckligt involverade i det steget. Detta kan leda till brister i planeringen enligt de intervjuade. Planeringen kring de patienter som fått sin palliativa diagnos på sitt särskilda boende uppges för det mesta fungera bra. Dock gäller det i första hand de patienter som faktiskt fått en palliativ diagnos, vilket alltid inte är fallet. Det finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa men som inte har fått en palliativ diagnos inte får en tillräcklig planering kring vården i livets slutskede.

De intervjuade lyfter fram att det är av stor vikt att det fungerar med SIP:ar för att planeringen ska fungera optimalt och att informationsöverföringen ska kunna säkerställas. Görs inte SIP:ar upplever de intervjuade att de inte vet tillräckligt mycket om patienten som kommer hem från sjukhus och att det är svårare att sätta in rätt vård och resurser. Vidare lyfts det fram att det i planeringen kring en palliativ patient ofta hålls extra möten där personal som ska vårda och stödja patienten träffas för att prata om patientens behov och önskemål.

Personal som arbetar ute i de verksamheter som vårdar palliativa patienter lyfter fram att de är beroende av att ansvarig sjuksköterska informerar dem om vad som bestämts under planeringen. Detta uppges för det mesta fungera bra men önskemål finns om mer skriftlig information till personalen. Något som däremot beskrivs som en oklarhet inom både hemtjänsten och särskilda boenden är när extra resurser i form av personal ska tas in för att vaka över patient i palliativt slutskede.

Enligt de intervjuade är det uttalat att ingen som inte vill ska behöva avlida ensam, samtidigt som personal upplever att budgeten ibland tenderar att styra uttaget av extra personal.

Bedömning

Vår bedömning är att systematisk planering i stor utsträckning sker avseende patienter med palliativ diagnos. Har patienten varit inlagd på sjukhus sker planeringen där. För patienter som får sin palliativa diagnos på särskilda boenden sker planering på boendet tillsammans med ansvarig läkare samt berörd personal inom socialförvaltningen.

Vi bedömer dock att det finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede. Dessutom är vår bedömning att det finns risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.

3.4. Informationsöverföring

3.4.1. Länet

I *Gemensamma riktlinjer för samverkan*¹ finns rutiner för hur informationsöverföringen ska ske, vem som är ansvarig och vilken information som ska överföras mellan aktuell kommun och landstinget. En samordnad planering ska genomföras när en person behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Av granskningen framgår det att det framförallt är med primärvårdens läkare som kommunala sjuksköterskor, i sitt dagliga arbete, utsätts för problematik gällande patientinformation och överföring av denna. Vidare visar granskningen på att flera av de utmaningar och brister som gjordes i tidigare samverkansgranskning i länet² fortsatt består vad gäller informationsöverföring. Exempelvis används de tekniska systemen som finns för informationsöverföring fortfarande inte fullt ut och mycket tid går åt för respektive vårdgivare att få tag i information. Vidare lyfts det fram från flera av kommunerna att framförallt sjuksköterskor inom hemsjukvården fortfarande får åka till aktuell hälsocentral för att få information om sina patienter. Vidare framgår att kommunerna som ingått i granskningen använder sig av NPÖ i varierad utsträckning. Än så länge är det enbart Haparanda som, via ett projekt, även kan producera information till NPÖ. Övriga kommuner kan än så länge bara se delar av landstingets dokumentation kring en patient. Att landstinget inte kan se kommunernas anteckningar om en patient medför utmaningar kring informationsöverföringen och kan riskera patientsäkerheten.

¹ Gemensamma riktlinjer för samverkan. Samordnad individuell plan. Rutindokument upprättat av Läns gemensam samverkansgrupp för Norrbottens läns landsting och länets kommuner. Godkänt av landstingsdirektör och socialnämnden i respektive kommun. 2011. Reviderat juni 2013.

² Granskningen Kommunikation och informationsöverföring hitts via: <http://nll.se/sv/Demokrati-och-insyn/Revisorer/Revisionsrapporter-skrivelser-och-granskningssammandrag/2013/>

3.4.2. *Kalix kommun*

Även inom Kalix kommun lyfts det fram att det fortfarande finns stora utmaningar och brister kring informationsöverföringen mellan kommun och landsting. Informationsöverföringen sker via de tekniska systemen Meddix och NPÖ men också via telefon, brev samt en låda på hälsocentralerna där läkare och kommunala sjuksköterskor kan lämna information till varandra. De intervjuade lyfter fram att NPÖ fortfarande inte fungerar tillfredställande och därför används inte alltid använts fullt ut. I Bilaga 3 framgår genomsnittligt antal slagningar personal har gjort i NPÖ i de kommuner som ingår i denna gransking. Informationsöverföringen beskrivs som ett stort problem som i värsta fall kan äventyra patientsäkerheten. Vidare lyfts det fram att informationsöverföringen kring palliativa patienter fungerar än sämre om patienten inte fått någon palliativ diagnos.

Bedömning

Vår bedömning är att en välfungerande och säker informationsöverföring inte sker i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska används för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.

3.5. *Palliativ vård och hemsjukvården*

3.5.1. *Länet*

Av avtalet om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten framgår att Palliativ vård till personer över 18 år i ordinärt boende överfördes till kommunerna från januari 2013.

De intervjuade i kommunerna ger uttryck för en allmän uppfattning att allt fler palliativa nu har möjlighet att få avlida hemma och att allt fler palliativa vårdas i sitt hem i stället för på sjukhus eller obs-plats³. Detta uppges bland annat bero på att de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i hemmet ges dygnet runt sedan kommunaliseringen av hemsjukvården. Flera av de intervjuade upplever att de utför mer avancerad vård i hemmet efter kommunaliseringen, medan andra tycker att det är ungefär samma vård som innan kommunaliseringen. De allra flesta av de intervjuade tror att kommunaliseringen av hemsjukvården har inneburit en kvalitetshöjning för patienterna samt en ökad trygghet hos hemtjänstpersonal, som nu har lättare att nå en sjuksköterska. Det lyfts även fram att det finns utmaningar och risker avseende kommunaliseringen av hemsjukvården, till exempel kring informationsöverföringen mellan kommunerna och landstinget. Se avsnitt 3.4. i denna rapport.

Samtidigt finns det åsikter inom landstinget att kommunaliseringen av hemsjukvården inte enbart inneburit en förbättring för palliativa patienter. Bland annat lyfts risker för sämre kontinuitet bland kommunens sjuksköterskor fram. Även behovet av hyrläkare inom primärvården beskrivs som en utmaning vad gäller den palliativa vården.

³ Obs-plats: slutenvårdsplatser inom vissa hälsocentraler.

3.5.2. *Kalix kommun*

Även de intervjuade i Kalix kommun lyfter fram att kommunaliseringen av hemsjukvården har inneburit att hemtjänstpersonalen känner sig tryggare och att de nu har en närmare kontakt med sjuksköterskorna. De intervjuade upplever att det, liksom möjlighet till vård dygnet runt, medfört att kvalitén för palliativa patienter har ökat. Uppfattningen bland de intervjuade är att fler palliativa patienter vårdas hemma eller på kommunens korttidsboende efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Detta är dock inget som vi har fått verifierat genom statistik eller eventuella mätningar som gjorts av hemsjukvårdens kvalitet.

Bland de intervjuade är upplevelsen att gränsen mellan vad som är allmän- och specialiserad palliativ vård har suddats ut. Flera av de intervjuade önskar ett förtydligande kring hur långt hemsjukvårdens ansvar sträcker sig för patientgruppen. Det lyfts också fram att informationsöverföringen mellan kommunens sjuksköterskor och primärvårdens läkare har försvårats sedan kommunaliseringen, vilket kan medföra risker för patientsäkerheten. Palliativa patienter är en patientgrupp där det beskrivs vara extra viktigt att såväl sjuksköterska som läkare får rätt information i rätt tid för att kunna erbjuda adekvata insatser i tid.

Bedömning

Vår bedömning är att den palliativa vården till viss del har påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas hemma och att de insatser som ges till dessa tenderar att bli mer avancerade. Detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Vår bedömning är även att ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården ännu har genomförts i kommunen.

3.6. *Kompetens*

3.6.1. *Länet*

Genom de intervjuer som genomförts med personal inom landstinget får vi en bild att det, för ett par år sedan, skett flera utbildningsinsatser gällande palliativ vård och att flera deltagare vid våra intervjuer deltagit vid dessa. I samband med höstens intervjuer lyfts det fram att flera verksamheter inom landstinget har som mål att genomgå webbaserad utbildning i palliativ vård. Inom landstinget är det dock nu ”stopp” för utbildningar utifrån den ekonomiska situationen inom landstinget.

Hos några av de kommuner som ingått i denna granskning har baspersonal erbjudits kompetensutveckling via webbutbildning i palliativ vård. Flera av kommunerna uppger att webbutbildning inom området ska genomföras i närtid och/eller att det finns planer på att be PRT komma till kommunen och hålla i information/utbildning för personalen. Några av kommunerna lyfter fram att de på grund av ekonomin har tillfälliga ”utbildningsstopp”. Genomgående lyfts behov av kompetensutveckling hos framförallt baspersonal fram, detta utifrån att fler patienter med palliativ diagnos väljer att vårdas hemma. Några av kommunerna har mer eller mindre aktiva lokala grupper eller ombud som ska ha mer kompetens kring palliativ vård och som ska kunna fungera som stöd till annan personal.

3.6.2. Kalix kommun

Av granskningen framgår att det har funnits ett lokalt nätverk i Kalix kommun bestående av personal med spetskompetens inom palliativ vård. Denna personal har kunnat lånas ut till enheter där kompetensen vid tillfälle behövs. Dock framkommer att detta nätverk inte är aktivt idag men att det finns tankar om att återskapa nätverket.

Vidare lyfts det fram att sjuksköterskorna har en viktig roll i att kvalitetssäkra den palliativa vården samt stötta och kompetensutveckla baspersonal. Även mer erfaren baspersonal inom hemtjänst, särskilda boenden för äldre och LSS-verksamheter har en viktig roll i att förmedla kunskap till mindre erfarna kollegor.

Utbildningar i munvård har det senaste året genomförts för undersköterskor och sjuksköterskor. Behov av sådan utbildning identifierades genom kommunens resultat i palliativa registret. Det är, enligt de intervjuade, även planerat att utbildning ska fortsätta inom relevanta områden avseende palliativ vård nu under vintern för delar av personalen. Det finns också tankar på en webbutbildning i palliativ vård för all baspersonal framöver. Genom granskningen framgår att det finns behov av att fortsatt utbilda baspersonal för att ytterligare kvalitetssäkra den palliativa vården.

Bedömning

Vår bedömning är att personal i stor utsträckning har kompetens avseende allmän palliativ vård men att det finns behov av att ytterligare se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.

3.7. Rapportering och uppföljning

3.7.1. Länet

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en palliativ patient varit. Syftet med registret är att förbättra vården i livets slut. Vårdpersonal registrerar i palliativregistret genom att besvara en enkät med frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i patientens liv.

I *Öppna Jämförelser, Hälso- och sjukvård, 2014* finns statistik som visar resultat för länet som helhet vad gäller palliativ vård. Här framkommer bland annat att Norrbotten med 22,6 % under år 2013 har en lägre andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan än riket, på 30,2 %. Även värdet för andelen patienter i länet, 90,5 %, som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled var lägre än för riket med 92 %. Parametern Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes är även det sämre i Norrbotten och låg på 47,5 %. För riket som helhet var siffran 51,9 %. Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan var också det lägre i länet än i riket.

Positivt var dock att Norrbottens län hade färre patienter med trycksår; 91,7 % hade inte trycksår när de avled i förhållande till riket på 86,7 %. Norrbottens län var däremot sämst i landet vad gäller andel patienter med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel. I Bilaga 2 framgår resultat av Svenska palliativregistret 2014 per kommun.

I de kommuner som ingått i granskningen följs indikatorerna i Svenska palliativa registret upp. I de flesta kommunerna får socialnämnden rapportering om resultatet via patientsäkerhetsberättelsen⁴. I några få kommuner följs resultatet enbart på tjänstemannanivå. I ungefär hälften av kommunerna arbetas det aktivt med kvalitetshöjning utifrån resultatet i registret.

3.7.2. Kalix kommun

Av granskningen framgår att kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) kontinuerligt följer upp de indikatorer som registreras i Svenska palliativregistret. En gång per år, i patientsäkerhetsberättelsen, rapporterar MAS:en delar ur resultatet i Svenska palliativregistret till socialnämnden. Särskilt följdes det under 2014 antal registrerade i palliativa registret, efterlevande samtal, smärtskattning och smärtlindring. Under 2015 kommer samma indikatorer att följas upp.

Några gånger per år träffar kommunens MAS personal från hälso- och sjukvårdsverksamheten i kommunen och redovisar resultat från Svenska palliativregistret för personalen. Uppföljningar med hälso- och sjukvårdspersonalen görs även kontinuerligt av enhetschefen på arbetsplatsträffar i samband med övrig måluppföljning. Av granskningen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal har arbetat mycket med att registrera i kvalitetsregister, bland annat i palliativregistret. Genom granskningen framkommer även att nämnden och dess förvaltning kontinuerligt arbetar kvalitetshöjande utifrån resultatet i Svenska palliativregistret.

En indikator i Svenska palliativregistret är efterlevandekontakt, det vill säga samtal som vårdpersonal ska erbjuda den avlidnes anhöriga och närstående en tid efter dödsfallet. Ansvaret för efterlevandekontakt, om patienten avlider inom kommunens verksamhet, uppges vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Genom indikatorer i palliativregistret har kommunen identifierat att de har behov av att jobba med efterlevandesamtal. Därför har detta varit en punkt på berörda enheters arbetsplatsträffar under 2015. De intervjuade upplever att detta är ett område som skulle kunna utveckla ytterligare.

Genom intervjuerna lyfts det fram att uppföljning ofta sker inom personalgrupperna när någon patient har avlidit. Då diskuteras vården och stödet som gavs samt om något skulle kunna förbättras. Vidare framhålls att det finns samverkansforum där representanter från kommun och landsting träffas och där det som inte fungerar kan lyftas upp.

⁴ Varje vårdgivare ska årligen sammanställa en patientsäkerhetsberättelse som ska skickas till ansvarig myndighet och antas av socialnämnden.

Bedömning

Vår bedömning är att resultat avseende den palliativa vården följs upp i tillräcklig utsträckning genom indikatorer från Svenska palliativregistret och andra nyckeltal som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen årligen. Vår bedömning är även att socialnämnden och dess förvaltning arbetar för att höja kvalitén på verksamheten utifrån de resultat som framgår av registret.

4. *Revisionell bedömning*

Syftet med granskningen var att ge underlag för bedömning om samverkan mellan huvudmännen är tillräcklig avseende målet att erbjuda personer en god vård under livets sista tid. Vår revisionella bedömning är att samverkan mellan kommun och landsting till övervägande del är tillräcklig för att kunna erbjuda personer en god vård i livets slutskede, men att det finns utvecklingspotential inom området.

Vår revisionella bedömning avseende revisionsfrågan baseras på följande iakttagelser och bedömningar av kontrollmålen:

- Implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Kalix.
- I Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede- Palliativ vård framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Mål, indikatorer och aktiviteter för den palliativa vården finns också i socialnämndens egna målstyrningsdokument. Målen till stor del är kända av de som berörs av dem.
- Det finns fastställda riktlinjer och checklistor för delar av den palliativa vården, men dessa är inte kända och tillämpade i tillräckligt hög utsträckning hos all personal som berörs av dem. Vi noterar dock att det pågår ett arbete med att revidera de riktlinjer och checklistor som finns för att de ska rikta sig till alla verksamheter som arbetar med palliativa människor.
- Ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot brister ibland ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget i praktiken och att det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.
- Systematisk planering sker i stor utsträckning avseende patienter med palliativ diagnos. Dock finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede. Dessutom finns det risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.
- En välfungerande och säker informationsöverföring sker inte i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska användas för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.

- Den palliativa vården har till viss del påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas hemma, detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården har ännu genomförts i kommunen.
- Personal har i stor utsträckning kompetens avseende allmän palliativ vård men det finns behov av att se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.
- Resultat avseende den palliativa vården följs upp i tillräcklig utsträckning genom indikatorer från Svenska palliativregistret och andra nyckeltal som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen årligen. Vår bedömning är även att socialnämnden och dess förvaltning arbetar för att höja kvalitén på verksamheten utifrån de resultat som framgår av registret.

4.1. Rekommendationer

För att ytterligare utveckla den palliativa vården vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att de reviderade rutinerna för den palliativa vården implementeras i de verksamheter som vårdar och stödjer palliativa patienter
- Att nämnden säkerställer att det tydliggörs vad kommunens och landstingets ansvar för vården av palliativa patienter innebär i praktiken
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig och patientsäker informationsöverföring mellan kommunen och landstinget
- Att nämnden ser över möjligheten till kompetensutveckling inom palliativ vård hos framförallt baspersonal

November 2015

Jenny Krispinsson
Projektledare

Hans Forsström
Uppdragsledare

Bilaga 1

Definitioner

Allmän palliativ vård: Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Brytpunkt till vård i livets slutskede: Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Brytpunktssamtal: Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Efterlevandesamtal: Samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnes närstående en tid efter dödsfallet.

Palliativt förhållningssätt: Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Palliativ insats: Insats med syftet att lindra symtom och främja livskvalitet vid progressiv, obotlig sjukdom eller skada.

Palliativ vård: 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.

Palliativ vård i livets slutskede: Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Registrering i Svenska palliativa registret: Ett nationellt kvalitetsregister där alla individer som avlider ska registreras så snart det är möjligt efter dödsfallet. Registreringen utförs av den eller de som har mest kunskap om patienten på den vårdenhet han eller hon avlidit.

Specialiserad palliativ vård: Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

Trygghetsplats: Trygghetsplats innebär att patient i palliativt skede som vistas i eget boende har tillgång till plats på sjukhus när behov finns för inläggande uppföljning av komplexa symtom/behov. Patienten behöver då inte passera akutmottagningen.

Trygghetspärm: Trygghetspärm är ett stöd för patienten och innehåller dokument om var patienten har sin trygghetsplats samt för patienten viktiga telefonnummer vid kontakt med olika vårdgivare.

Bilaga 2

Resultat Svenska palliativregistret 2014

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat							
		Boden	Gällivare	Haparanda	Jokkmokk	Kalix	Kiruna	Pajala	Övertorneå
Täckningsgrad	100	50,9	60	65,2	77,8	77	49,1	59,1	82,2
Förväntade dödsfall	80	85,9	81,8	75,2	80	81,9	79,4	84,6	77,6
Andel avlidna utan trycksår	90	88,8	87	95,5	77,1	91,2	87,1	96,4	91,1
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100	77,6	86,1	71,2	68,8	74,3	87,1	60	68,9
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100	93,1	91,7	92,4	87,5	91,2	90,6	89,1	84,4
Andel med dokumenterad munhälsa	100	25	35,2	48,5	43,8	37,5	34,1	30,9	42,2
Andel med dokumenterat brytpunktsamtal	100	35,3	50	57,6	22,9	46,3	52,9	43,6	42,2
Andel med dokumenterad smärtskattning	100	17,2	41,7	33,3	4,2	29,4	22,4	10,9	28,9
Andel med dokumenterad symtomskattning	100	8,6	21,3	15,2	4,2	11	8,2	7,3	24,4
Antal vårdtillfällen i urvalet		135	132	90	63	167	108	65	60

Bilaga 3

Statistik slagningar i NPÖ per kommun

Källa Norrbottens kommunförbund, november 2015.

	Leg. Personal	Antal slagningar (Sep 2015)	Snitt antal slagningar per person (Sep 2015)	Totalt antal slagningar (Jan-sep 2015)	Snitt antal slagningar per person (Jan-sep 2015)
Boden	62	70	1,13	609	9,82
Gällivare	51	22	0,43	687	13,47
Haparanda	25	81	3,24	909	36,36
Jokkmokk	14	102	7,29	687	49,07
Kalix	53	233	4,40	1912	36,08
Kiruna	50	109	2,18	996	19,92
Pajala	20	50	2,50	232	11,60
Övertorneå	17	178	10,47	1431	84,18
Totalt	292	845	2,89	7463	25,56

Observera att det att det kan finnas en viss osäkerhet i statistiken avseende antalet leg. personal vilket kan påverka snittantalet slagningar per personal. Dock påverkar det inte det antalet totala antalet slagningar per kommun.