



# Granskning av palliativ vård

Huvudrapport

Region Värmland

KPMG AB

2025-02-06

Antal sidor 33

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	5
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
2.2	Revisionskriterier	6
2.3	Metod	6
2.4	Läsanvisning	7
3	Resultat av granskningen	8
3.1	Organisation, styrning och uppföljning	8
3.2	Avtal och överenskommelser	15
3.3	Styrdokument och rutiner	20
3.4	Uppföljning av tidigare granskning	27
4	Samlad bedömning och rekommendationer	31
A	Bakgrund	34
B	Intervjupersoner och dokument	36

## 1 Sammanfattning

KPMG har av revisorerna i Region Värmland och kommunerna i Värmlands län<sup>1</sup> fått i uppdrag att granska samverkan vid palliativ vård.

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland samt ansvarig nämnd i respektive kommun, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att bedriva palliativ vård på ett ändamålsenligt sätt.

**Vår samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen samt ansvarig nämnd i respektive kommun delvis, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att i syfte att bedriva palliativ vård på ett ändamålsenligt sätt.**

Allmänpalliativ vård bedrivs huvudsakligen inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård, med läkarmedverkan från vårdcentral. Det finns en länsgemensam samverkansöverenskommelse som reglerar samverkan mellan vårdcentral och kommun. Denna är i allt väsentligt känd hos relevant personal och kompletteras i vissa kommuner med lokala tillägg. Regionens närvårdsteam, palliativa team och team för specialiserad sjukvård i hemmet bedriver specialiserad palliativ vård i hemmet och har utarbetat arbets- och samverkansformer med länets kommuner som i hög utsträckning upplevs som tydliga och välfungerande. Samverkansformer och ansvarsfördelning mellan team och kommun är dock inte tydligt dokumenterade i avtal eller överenskommelser.

Onkologikliniken på Centralsjukhuset Karlstad har ett strategiskt ansvar för specialiserad palliativ vård, som ska bedrivas i nära samarbete med länets kommuner. Detta ansvar upplevs otydligt i organisationen. Det finns ett palliativt råd som bland annat arbetar med samverkan och kunskapsspridning, men som pausades våren 2024 då det saknades ett formellt uppdrag för rådet. Under år 2024 har verksamhetschefen för onkologikliniken fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör att ta fram en uppdragsbeskrivning för det palliativa rådet och återstarta detta.

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen och lokala tillägg sker i verksamheten genom regelbundna samverkansträffar, där efterlevnad av överenskommelsens delar lyfts, samt i löpande dialog mellan enhets- och verksamhetschefer i samverkande verksamheter. Utöver den länsgemensamma överenskommelsen finns gemensamma riktlinjer för palliativ vård. Av intervjuer framgår att efterlevnaden av gällande överenskommelse och styrdokument brister vad gäller läkarmedverkan i ordinärt boende hos patienter som inte är inskrivna i SSIH-<sup>2</sup>, närvårds-, eller palliativ team. Vidare framkommer att det finns brister i medicinska vårdplaner för palliativa patienter som inte är inskrivna i team. Den journalgranskning som ingår i granskningen visar vidare att regionen inte dokumenterar att brytpunktssamtal<sup>3</sup> genomförts för en väsentlig del av granskade journaler för palliativa patienter.

---

<sup>1</sup> Samtliga kommuner i Värmlands län förutom Eda och Sunne kommuner.

<sup>2</sup> Specialiserad sjukvård i hemmet.

<sup>3</sup> Samtal med patient som får palliativ vård om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede.

Flera åtgärder har vidtagits utifrån de rekommendationer som lämnades i den tidigare granskning av området som genomfördes år 2021. Samtidigt saknas konkreta åtgärder avseende vissa rekommendationer. Arbetet med åtgärder sedan 2021 har enligt intervjuer påverkats av verksamheternas fokus på att hantera coronapandemin.

I det följande redovisas samlad bedömning av revisionsfråga per revisionsobjekt:

Revisionsfråga	Bedömning
Vilka aktuella avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner?	<b>Se tabell 3</b>
Är avtalen och överenskommelserna kända bland personalen?	<b>I allt väsentligt</b>
Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?	<b>Nej<sup>4</sup></b>
Är regionens och kommunernas uppföljning tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer?	<b>I allt väsentligt</b>
Vilka styrdokument och rutiner finns framtagna och implementerade för de berörda verksamheterna?	<b>Se tabell 4 och 5</b>
Vilka instanser har beslutat om styrdokumentet?	<b>Se tabell 4 och 5</b>
Har regionen en tydliggjord styrning för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan regionens olika berörda enheter?	<b>Delvis</b>
Bedrivs arbetet i verksamheterna i överensstämmelse med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument, sker till exempel upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) i avsedd omfattning?	<b>Delvis</b>
Har åtgärder vidtagits utifrån de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i granskningen 2021?	<b>Delvis</b>

*För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.*

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att samverkansformer mellan regionens vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården minst lever upp till den länsgemensamma överenskommelsen.

<sup>4</sup> Vår bedömning är dock att avtal och överenskommelser i allt väsentligt följs upp på verksamhetsnivå.

- Överväga att upprätta överenskommelser eller förtydliga riktlinjer avseende ansvarsfördelningen mellan å ena sidan närvårds-, SSIH- och palliativa team samt å andra sidan kommunens vård- och rehabinsatser.
- Tillse att närvårds- och SSIH-teamens uppdrag är kända hos samverkanspartners och att dessa team har personella resurser för att arbeta med beslutat uppdrag.
- Säkerställa att kompletterande överenskommelser om samverkansformer mellan vårdcentral och kommunal hemsjukvård dokumenteras och följs upp på motsvarande sätt som den läns-gemensamma överenskommelsen.
- Säkerställa att avvikelser rapporteras och utgör del av systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.
- Säkerställa följsamhet till den läns-gemensamma överenskommelsens åtagande om god läkartillgänglighet för planerade och akuta besök i ordinärt boende inom ramen för den kommunal hemsjukvården.
- Säkerställa att adekvata medicinska vårdplaner för palliativ vård upprättas i enlighet med vad som anges i den läns-gemensamma överenskommelsen.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi ansvarig styrelse eller nämnd i respektive kommun att:

- Säkerställa att samverkansformer mellan regionens vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården minst lever upp till den läns-gemensamma överenskommelsen.
- Överväga att upprätta överenskommelser eller förtydliga riktlinjer avseende ansvarsfördelningen mellan å ena sidan närvårds-, SSIH- och palliativa team samt å andra sidan kommunens vård- och rehabinsatser.
- Säkerställa att kompletterande överenskommelser om samverkansformer mellan vårdcentral och kommunal hemsjukvård dokumenteras och följs upp på motsvarande sätt som den läns-gemensamma överenskommelsen.
- Säkerställa att kommunernas arbete med palliativa ombud följer den gemensamma rollbeskrivning för palliativa ombud som arbetats fram av Palliativa rådets utbildningsgrupp.
- Tillse att den läns-gemensamma riktlinjen för palliativ vård implementeras i samtliga kommuner och att lokala rutiner och riktlinjer harmoniseras med denna.
- Säkerställa att avvikelser rapporteras och utgör del av systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.
- Säkerställa följsamhet till den läns-gemensamma överenskommelsens åtagande om god läkartillgänglighet för planerade och akuta besök i ordinärt boende inom ramen för den kommunal hemsjukvården.
- Säkerställa att adekvata medicinska vårdplaner för palliativ vård upprättas i enlighet med vad som anges i den läns-gemensamma överenskommelsen.

## 2 Bakgrund

KPMG har av Region Värmlands revisorer samt revisorerna i 14 av Värmlands läns 16 kommuner fått i uppdrag att granska samverkan och arbetsformer vid palliativ vård.<sup>5</sup>

Den palliativa vården bedrivs inom såväl kommunernas som i regionernas verksamheter. De gemensamma målen för vården är att det ska finnas resurser, kunskap och förmåga att ge patienten i behov av palliativ vård ett optimalt fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt omhändertagande. Patient och närstående ska uppleva trygghet i kontakten med vårdgivarna och de ska veta hur ansvarig vårdgivare kan kontaktas. Förutsättningar ska ges för att patienten ska kunna leva den sista perioden av sitt liv i hemmet om han eller hon så önskar.

Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Denna vårdnivå ansvarar kommunerna för och patienterna kan även vårdas inom slutenvårdens alla verksamheter. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård.

Regionens revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av regionens samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har regionens revisorer utarbetat dokumentet "Granskningsstrategi" i vilket de beskrivit de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig "Riskbedömning och revisionsplan". I "Revisionsplan 2024" ingår bland annat en granskning av palliativ vård tillsammans med revisorerna i de värmländska kommunerna.

### 2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland samt ansvarig nämnd i respektive kommun har, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att bedriva palliativ vård på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Vilka aktuella avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är avtalen och överenskommelserna kända bland personalen?
- Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?
- Är regionens och kommunernas uppföljning tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer?
- Vilka styrdokument och rutiner finns framtagna och implementerade för de berörda verksamheterna?

---

<sup>5</sup> En utveckling av bakgrunden till uppdraget finns i Bilaga A.

- Vilka instanser har beslutat om styrdokumentet?
- Har regionen en tydliggjord styrning för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan regionens olika berörda enheter?
- Bedrivs arbetet i verksamheterna i överensstämmelse med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument, sker till exempel upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) i avsedd omfattning?
- Har åtgärder vidtagits utifrån de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i granskningen 2021?

Granskningen har avgränsats till samverkans- och arbetsformer vid palliativ vård. Därtill avser granskningen hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland samt ansvarig styrelse eller nämnd i de kommuner som ingår.

## 2.2 Revisionskriterier

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
- Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland samt reglementen för ansvariga nämnder och styrelser i deltagande kommuner

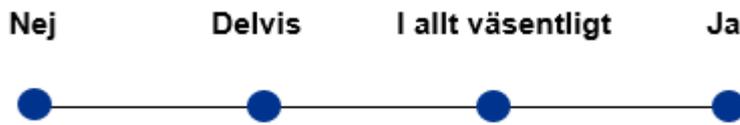
## 2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer, workshops och aktgranskning.

Dokumentförteckning och förteckning över intervjuade återfinns i bilaga B. Aktgranskningen har genomförts i form av stickprovsgranskning av journaler för patienter i palliativ vård och omfattat både kommunens som regionens journaler. Granskningen har avsett journaler från patienter som mottagit palliativ vård under mars månad 2024. För regionen innebär detta patienter som haft minst en journalanteckning med diagnoskod palliativ vård under månaden. Journalgranskningen har omfattat 40 journaler från regionen och upp till 10 journaler från varje kommun, totalt cirka 180 journaler. För att nå upp till 10 journaler har tidperioden utökats från mars 2024 upp till ett år bakåt i tiden. I den utsträckning som detta inte varit tillräckligt för att uppnå ett urval om 10 journaler från aktuell kommun har granskningen genomförts på det antal journaler som uppfyllt urvalskriterierna.

Utöver intervjuer har två digitala workshops genomförts som en del av granskningen i syfte att föra ytterligare dialog kring granskningens iakttagelser. Den ena workshopen genomfördes med företrädare från de granskade kommunerna samt företrädare från regionens vårdcentraler. Den andra workshopen genomfördes med representanter från det palliativa rådet i Region Värmland.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer:



Rapporten har faktakontrollerats av ett urval av de som intervjuats.

## 2.4 Läsanvisning

I denna rapport presenteras iakttagelser från regionen, övergripande iakttagelser från kommunerna samt gemensamma bedömningar och rekommendationer för samtliga granskningsobjekt. Specifika iakttagelser för respektive kommun återfinns i särskilda bilagor, en för varje kommun som omfattas av granskningen.

## 3 Resultat av granskningen

### 3.1 Organisation, styrning och uppföljning

- Har regionen en tydliggjord styrning för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan regionens olika berörda enheter?
- Är regionens och kommunernas uppföljning tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer?

#### 3.1.1 Organisation och styrning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i en region utövas av en eller flera nämnder enligt vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen. I Region Värmland är det hälso- och sjukvårdsnämnden som ska utöva ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen.<sup>6</sup> Nämnden ansvarar därmed för de uppgifter som följer av huvudmannaansvaret. Nämnden ansvarar också för de uppgifter som följer av att regionen är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen. Av reglementet framgår att nämnden har i uppgift att ansvara för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården.

Enligt HSL ska ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen bestämmer. Av tabellen nedan framgår ansvarig styrelse eller nämnd för samtliga granskade kommuner.

Tabell 1. Ansvarig styrelse eller nämnd för respektive kommun som ingår i granskningen.

Kommun	Ansvarig styrelse/nämnd
Arvika	Kommunstyrelsen
Filipstad	Socialnämnden
Forshaga	Vård- och omsorgsnämnden
Grums	Kommunstyrelsen
Hagfors	Kommunstyrelsen
Hammarö	Socialnämnden
Karlstad	Vård- och omsorgsnämnden
Kil	Kommunstyrelsen
Kristinehamn	Nämnden för stöd, vård och omsorg

<sup>6</sup> Reglemente hälso- och sjukvårdsnämnden, RS/211128.

Munkfors	Kommunstyrelsen
Storfors	Kommunstyrelsen
Säffle	Socialnämnden
Torsby	Socialnämnden
Årjäng	Stöd- och omsorgsnämnd

### **3.1.1.1 Verksamhetsområde onkologi**

I verksamhetsplan 2024 för verksamhetsområde onkologi i Region Värmland framgår att onkologikliniken utöver ett länsövergripande ansvar för allmänonkologisk cancersjukvård i Värmland även har ett strategiskt ansvar för specialiserad palliativ vård. Vid intervjuer framgår att det upplevs otydligt vad det strategiska ansvar avseende specialiserad palliativ vård innebär. Onkologikliniken bedriver idag sitt uppdrag avseende strategiskt ansvar genom möten för strategiskt ansvar som leds av klinikens specialistläkare i palliativ vård, utbildning för allmän- och specialiseringstjänstgörande läkare inom palliativ vård samt utbildning av andra yrkeskategorier inom regionen och inom kommunernas hälso- och sjukvård.

Inom verksamhetsområdet finns ett palliativt team som arbetar inom ett geografiskt område bestående av Forshaga, Hammarö, Karlstad och Kils kommuner. Detta team fungerar också som konsultteam för palliativ vård i hela länet. Inom onkologikliniken finns 16 vårdplatser för onkologipatienter samt patienter med behov av specialiserad palliativ vård. Vidare finns enligt intervju två vårdplatser för specialiserad palliativ vård på Arvika respektive Torsby sjukhus.

Verksamhetsområde onkologi har en verksamhetsplan som beslutas av områdeschef. Verksamhetsplanen omfattar mål, indikatorer och indikatorer kopplade till regionens gemensamma effektmål. Verksamhetsplanens indikatorer avser inte samverkan eller palliativ vård. Däremot finns kopplat till effektmålet "God, jämlik och jämställd hälsa" en beskrivning av att verksamhetsområdet ska arbeta med fortsatt utveckling av mobila team, närvårdsteam i Säffle och Kristinehamn med fokus på ökad patientnytta genom samverkan.

### **3.1.1.2 Team med uppdrag inom specialiserad palliativ vård**

I Region Värmland finns fem team med uppdrag inom specialiserad palliativ vård i hemmet. Dessa team har inte samma uppdrag, förutom att alla arbetar med patienter som är i behov av specialiserad palliativ vård. Teamens benämning, geografiska ansvarsområde och organisatoriska tillhörighet framgår av tabellen nedan:

Tabell 2. Beskrivning av regionens team med uppdrag inom specialiserad palliativ vård i hemmet.

Benämning	Område (kommuner)	Organisatorisk tillhörighet	Patient-/diagnosgrupp
Palliativa teamet Karlstad	Forshaga, Hammarö, Karlstad, Kil	Onkologikliniken, Centralsjukhuset Karlstad	Specialiserad palliativ vård i hemmet av huvudsakligen cancerpatienter samt konsultfunktion avseende specialiserad palliativ vård i hela regionen och länets kommuner.
Närvårdsteamet Kristinehamn	Filipstad, Kristinehamn, Storfors	Närvårdsavdelningen Kristinehamn	Specialiserad palliativ vård i hemmet oavsett diagnos
Närvårdsteamet Säffle	Grums, Säffle	Närvårdsavdelningen Säffle	Specialiserad palliativ vård i hemmet oavsett diagnos
SSIH <sup>7</sup> -teamet Arvika	Arvika, Eda, Sunne, Årjäng	Sjukhuset Arvika	Specialiserad palliativ vård i hemmet oavsett diagnos och vård till patienter med komplex sjukvårdbild som får vård i hemmet
SSIH-teamet Torsby	Hagfors, Munkfors, Torsby	Sjukhuset Torsby	Specialiserad palliativ vård i hemmet oavsett diagnos och vård till patienter med komplex sjukvårdbild som får vård i hemmet

Av intervjuer framgår att det skett förändringar av benämningar och ansvarsområden. De team som benämns SSIH-team är en sammanslagning av vad som fram till våren 2024 var ett närvårdsteam och ett palliativt team. SSIH-teamen arbetar med både patienter med cancerdiagnos, då i samarbete med palliativa teamet i Karlstad, och med medicinpatienter som är i livets slutskede eller som har en komplex sjukdomsbild och får vård i hemmet. SSIH-teamen hör till och utgår från sjukhusen i Arvika och Torsby.

<sup>7</sup> Specialiserad sjukvård i hemmet

Närvårdsteamet i Kristinehamn benämndes tidigare palliativt team, men bytte namn i samband med att en närvårdsavdelning startades i Kristinehamn.

De fem teamen har ingen gemensamt uppdrag och därmed finns ingen gemensam uppdragsbeskrivning mellan teamen. Av intervjuer framgår att samtliga team arbetar på ett likartat sätt genom att ta över patientansvar för patienter i behov av specialiserad palliativ vård i hemmet inom det egna geografiska området, genomföra hembesök och bedriva specialiserad palliativ vård i hemmet. Patienter skrivs in i teamen på remiss, och teamen mottar huvudsakligen remisser från vårdavdelningar, men även till viss del från vårdcentraler. Teamen arbetar sedan i samverkan med kommunal hemsjukvård, hemtjänst och i förekommande fall aktuell vårdavdelning på sjukhus. Samtliga fem team arbetar dagtid helgfria vardagar. Av intervjuer framgår vidare att samtliga team med uppdrag inom specialiserad palliativ vård, tillsammans med smärtenheten, samlas digitalt en timme i veckan för palliativ konsultationsrond.

En viss beskrivning av ansvarsfördelningen mellan teamen och den kommunala hemsjukvården anges i den regiongemensamma riktlinje för palliativ vård<sup>8</sup> som tagits fram av regionens MAS-MAR-nätverk. Eftersom alla kommuner i regionen inte antagit denna riktlinje är det otydligt vilken ställning dokumentet har. Riktlinjen skiljer inte på de olika teamen utan använder den inaktuella benämningen "palliativt team" samt refererar till "centrala", "östra", och "västra" teamet vilket heller inte är aktuella benämningar på respektive team. Riktlinjen tydliggör att det är det palliativa teamet som har huvudansvar för vård och behandling av inskrivna patienter och att det innebär att det är teamets sjuksköterskor som ska kontaktas vid behov av läkarbedömning dagtid.

Det finns vissa skillnader i teamens uppdrag och bemanning. Palliativa teamet i Karlstad består av nio sjuksköterskor, tre läkare, fysioterapeut, kurator och psykolog.<sup>9 10</sup> Närvårdsteamet i Säffle består av tre till fyra sjuksköterskor och en läkare, och har tillgång till dietist på 10 procent av heltid. I teamet finns ingen fysioterapeut och kurator, men det uppges att detta egentligen bör finnas i teamet. Närvårdsteamet i Kristinehamn består av fyra sjuksköterskor, en undersköterska och en läkare på 40 procent av heltid. Det uppges vid intervju att teamet normalt ska bemannas med läkare på 80 procent av heltid. Teamet kan även utnyttja andra resurser från närvårdsavdelningen, såsom fysioterapeut och kurator. SSIH-teamet i Arvika består av sju sjuksköterskor, en undersköterska och två läkare. SSIH-teamet i Torsby består av sex sjuksköterskor och en läkare på femtio procent. Båda SSIH-team har tillgång till kurator och fysioterapeut.

Vid intervjuer framkommer att det finns utmaningar i att rekrytera läkare med relevant specialistkompetens<sup>11</sup> till vissa av teamen och att detta riskerar att påverka teamens förmåga att ta emot patienter i enlighet med sitt respektive uppdrag. En stor andel av teamens sjuksköterskor har relevant specialistkompetens.

---

<sup>8</sup> Riktlinje för palliativ vård, Värmlands kommuner

<sup>9</sup> Fysioterapeut, kurator och psykolog hör organisatoriskt till andra avdelningar på onkologimottagningen men bemannar det palliativa teamet.

<sup>10</sup> Samtliga uppgifter om bemanning i teamen kommer från intervjuer och var aktuella i december 2024.

<sup>11</sup> Huvudsakligen palliativ medicin eller geriatrik

### 3.1.1.3 *Vårdcentraler*

I regionen finns totalt 30 vårdcentraler. Dessa ingår i ett vårdvalssystem enligt vilket både regiondrivna och privat drivna vårdcentraler har lika uppdrag och ersättning. Uppdraget regleras i regionens villkor för vårdval vårdcentral. Enligt villkoren ska vårdcentralen ansvara för läkarinsatser och samverka med den kommunala hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen och gällande avtal eller överenskommelser om samverkan mellan Region Värmland och kommunerna. Vidare har vårdcentralen ansvar att komma överens med kommunen om formerna för samverkan kring gemensamma patienter. Läkarinsatser ska präglas av god tillgänglighet, kontinuitet och kompetens. Ansvarsförhållanden mellan länets vårdcentraler, såväl regiondrivna som privat drivna, regleras i en länsgemensam överenskommelse mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården.

Villkoren för vårdval vårdcentral anger vidare att det ska finnas en samordnande sjuksköterska på varje vårdcentral, i syfte att skapa fungerande sammanhållen vård för patienter med behov av stöd och samordning. Det framgår också av villkoren att vårdcentralen ska samverka med berörda vård- och samhällsaktörer, aktivt medverka till att skapa en sammanhållen vårdkedja samt aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan andra vårdcentraler, sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård. Vårdcentralen ska också känna till och följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan Region Värmland och andra huvudmän, såsom kommunerna. Vårdcentralerna ska också delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå och medverka i den samverkan som organiseras i närområdet.

### 3.1.1.4 *Kommunal hemsjukvård*

Enligt 12 kap. HSL ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i särskilt boende. Kommunen får vidare erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård i ordinärt boende. Detta gäller dock inte hälso- och sjukvård som ges av läkare. Vidare får regionen enligt 14 kap. HSL överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende efter överenskommelse. Regionen ska också avsätta de läkarresurser som behövs och avtala med kommunerna om omfattning och former för läkarmedverkan i hemsjukvård.

Läkarmedverkan vid hemsjukvård och överenskommelse om ansvarsfördelning vid hemsjukvård framgår av den länsgemensamma överenskommelsen mellan länets vårdcentraler och kommunernas hemsjukvård. I flera kommuner finns dessutom lokala överenskommelser avseende detta, utöver den länsgemensamma överenskommelsen.

Av intervjuer framgår att det i flera delar av länet upplevs saknas en tydlig reglering av ansvarsfördelningen mellan de team som arbetar med specialiserad palliativ vård och den kommunala hemsjukvården. Den länsgemensamma överenskommelsen mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård avser inte dessa team, och det finns ingen annan överenskommelse avseende denna ansvarsfördelning. Samtidigt uppges i många intervjuer med kommunföreträdare att samverkan med teamen fungerar bra och att det finns större utmaningar i delar av samverkan med vårdcentral.

### 3.1.1.5 Organisation för samverkan

Det finns en gemensam arena för samverkan mellan kommun, region, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård under namnet Nya Perspektiv. Nya Perspektiv leds av en politisk styrgrupp och arbetet är indelat i fyra områden, varav ett avser äldre frågor. Av intervjuer framgår att palliativ vård och samverkansformer avseende palliativ vård inte har varit särskilt föremål för arbete inom Nya Perspektiv.

I regionen finns det så kallade palliativa rådet, som samlar representanter från regionen och från länets kommuner och ska ha en rådgivande funktion i palliativa frågor. Detta har tidigare varit aktivt utan att ha haft ett formellt uppdrag, och det är då verksamhetschef för onkologikliniken<sup>12</sup> som har haft och med det nya uppdraget fortsatt har ordföranderollen. Rådet har upprättat årsberättelser, men pausades under våren 2024 på grund av avsaknad av formellt uppdrag. Under 2024 har verksamhetschefen för onkologikliniken fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör att ta fram en uppdragsbeskrivning för det palliativa rådet och återstarta detta. Enligt intervju pågår återstart av rådet. Under rådet har det också funnits ett utbildningsutskott som tagit fram en gemensam beskrivning av palliativa ombud och bedrivit utbildning för palliativa ombud. Arbetet med palliativa ombud beskrivs mer i avsnitt 3.3.3 samt i kommunbilagorna.

I länet finns det ett nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt ansvariga för rehabilitering, det så kallade MAS-/MAR-nätverket. Nätverket arbetar inte särskilt med palliativ vård, men vid intervjuer framkommer att det är ett område som varit aktuellt inom nätverket. MAS-/MAR-nätverket har också tagit fram en läns-gemensam riktlinje för palliativ vård, som beskrivs närmare i avsnitt 3.3.1.

I regionen fanns tidigare ett särskilt område benämnt område samverkan. Av intervjuer framgår att detta område sedan årsskiftet 2023/2024 inte finns kvar, och att områdets funktioner nu ingår i område vårdkvalitet. Område samverkan har inte haft något uppdrag avseende palliativ vård.

### 3.1.2 Uppföljning

Uppföljning av verksamhet som regleras av HSL bör utgöra en del av ett arbete med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Sådant systematiskt kvalitetsarbete regleras av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9<sup>13</sup>. Bland annat ska det finnas ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning, ett arbete med riskanalys och egenkontroll, och det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Enligt de allmänna råd som ger vägledning avseende föreskrifternas bör sådan dokumentation ske i form av att vårdgivaren, det vill säga ansvarig styrelse eller nämnd, upprättar en årlig patientsäkerhetsberättelse. Att en patientsäkerhetsberättelse ska upprättas framgår också av 3 kap. § 12 patientsäkerhetslagen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 9 april 2024 att godkänna regionens patientsäkerhetsberättelse för 2023. I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs att patientsäkerhetsarbetet syftar till att nå det övergripande målet ”god och säker vård – överallt och alltid”,

<sup>12</sup> Även områdeschef onkologi

<sup>13</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

och att arbetet utgår från fyra grundläggande förutsättningar för att nå detta mål. Under var och en av dessa förutsättningar följs ett antal indikatorer upp i patientsäkerhetsberättelsen. En av dessa indikatorer avser huruvida brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård ägt rum och dokumenterats. Detta är den indikator i patientsäkerhetsberättelsen som direkt avser palliativ vård. Vidare finns i patientsäkerhetsberättelsen en indikator som avser oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland patienter som efter utskrivning har kommunala insatser. Av indikatorns beskrivning framkommer att indikatorn visar hur väl regionen lyckas följa samverkansrutiner och lämna över vård av gemensamma patienter på ett säkert sätt mellan huvudmän. Vidare beskrivs under rubriken "Mål, strategier och utmaningar för kommande år" att patientsäkerhetsperspektivet är viktigt i omställningen mot Nära vård. I övrigt lyfts inte samverkan mellan region och kommun med bäring på palliativ vård på något särskilt sätt i patientsäkerhetsberättelsen.

Kommunernas kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser beskrivs i respektive kommunbilaga. Regionen och kommunerna har kommit överens om länsgemensamma indikatorer som ska följas i patientsäkerhetsarbetet.

I regionens patientsäkerhetsberättelse för 2023 redovisas antalet rapporterade avvikelser, totalt samt fördelat på verksamheterna folktandvård, öppenvård och slutenvård. Samtliga kommuner redovisar rapporterade avvikelser i sina patientsäkerhetsberättelser. Vid intervjuer uppges att arbetet med avvikelserapportering fungerar, men att det kan utvecklas ytterligare. Detta avser dels att tillse att händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada rapporteras, dels att utveckla samverkan mellan kommun och region vid avvikelser. Av intervjuer framgår att flera kommuner upplever att samarbetet mellan kommun och region vid avvikelser fungerar bra, så att region och kommun lämnar svar till varandra när en avvikelse skrivs som avser den andra vårdgivaren. Samtidigt förekommer det utifrån intervjuer att region och kommuner inte lämnar svar på avvikelser trots att detta begärs. Det framkommer också vid intervjuer att regionen och kommunerna har olika digitala system för avvikelshantering, så att avvikelser som ska lämnas till den andra vårdgivaren behöver skrivas och skickas över på fysiskt papper. En särskild avvikelseblankett finns för detta syfte. Enligt regionen pågår det arbete med att möjliggöra digital hantering av detta moment.

Då det inte finns några specifika mål eller uppdrag i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan avseende palliativ vård sker ingen uppföljning till nämnden avseende palliativ vård inom ramen för den ordinarie styrmodellen.

### 3.1.3 Bedömning

**Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har en tydliggjord styrning för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan regionens olika berörda enheter.**

Regionens närvårds-, SSIH- samt palliativa team arbetar med patienter i behov av specialiserad palliativ vård i hemmet. Av granskningen framgår att dessa team har utarbetat arbets- och samverkansformer med länets kommuner som i hög utsträckning upplevs som tydliga och ändamålsenliga. Dessa team är dock placerade i olika delar av regionens organisation och har sinsemellan delvis skilda uppdrag, vilket gör att vi inte ser

styrningen av dessa arbets- och samverkansformer som helt tydlig. Vi noterar att palliativa teamet i Karlstad arbetar med en mer begränsad patientgrupp än resterande team, utan att det framkommer något tydligt motiv till denna skillnad i teamens uppdrag.

Det framgår också av intervjuer att det till viss del upplevs saknas tydligt uppdrag och mandat för att inrätta samverkansformer mellan teamen och kommunens hälso- och sjukvård i de fall där sådana former inte upplevs tillräckligt omfattande eller ändamålsenliga. De samverkansformer som finns mellan teamen och kommunerna är heller inte dokumenterade i avtal eller överenskommelse.

Onkologikliniken på Centralsjukhuset Karlstad är tilldelad strategiskt ansvar för specialiserad palliativ vård, vilket ska bedrivas i nära samarbete med länets kommuner. Det är otydligt vad detta strategiska ansvar innebär. Vidare har onkologiklinikens verksamhetschef sedan i år ett särskilt uppdrag som ordförande i Palliativa rådet i Värmland, ett forum för samverkan mellan kommun och region avseende palliativ vård. Palliativa rådet har fått en formell uppdragsbeskrivning under år 2024 och vi noterar att det därmed finns styrning av palliativa rådet som samverkansforum, men att detta tidigare saknats.

**Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden samt ansvariga styrelser och/eller nämnder i kommunernas uppföljning i allt väsentligt är tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer.**

Uppföljning sker genom patient- och kvalitetssäkerhetsberättelser i region och kommuner, uppföljning av onkologiklinikens verksamhetsplan samt palliativa rådets årsberättelse. Vidare sker uppföljning genom regionens och kommunernas avvikelshantering. Vi bedömer att detta i allt väsentligt innebär en tillräcklig uppföljning med grund i Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi noterar att rapportering och hantering av avvikelser är ett viktigt område att fortsatt arbeta med. Detta eftersom avvikelshanteringen är central för kvalitetsarbetet. Avvikelse rapportering mellan kommun och region sker i pappersform enligt särskild avvikelseblankett, vilket kan utgöra ett hinder för rapporteringen av sådana avvikelser. Arbete pågår i regionen med att digitalisera denna hantering. Det framgår av intervjuer att avvikelserapportering mellan vårdgivare inte alltid besvaras.

## 3.2 Avtal och överenskommelser

- *Vilka aktuella avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är avtalen och överenskommelserna kända bland personalen?*
- *Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?*

### 3.2.1 Länsgemensam samverkansöverenskommelse mellan kommun och vårdcentral

Det finns en länsgemensam överenskommelse för samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Enligt villkoren för vårdval vårdcentral gäller överenskommelsen även för privat drivna vårdcentraler. Överenskommelsen anger

samverkansformer och ansvarsfördelning mellan region och kommun avseende vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård. Därtill avser överenskommelsen det ansvar som vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård har för gemensamma patienter.

Överenskommelsen omfattar inte de team hos regionen som arbetar med specialiserad palliativ vård i hemmet. Av intervjuer samt den workshop som genomfördes med företrädare från regionen och kommunerna framkommer uppfattningen att en sådan överenskommelse hade kunnat underlätta genom att ge ett tydligt mandat och struktur för samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regionens team för det fall där samverkan inte fungerar som önskat. Den huvudsakliga uppfattningen vid intervjuer med kommuner och team är dock att samverkan mellan kommuner och team fungerar bra, trots avsaknaden av överenskommelse.

Den länsgemensamma överenskommelsen reglerar grunden för samverkan mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård i länet i de delar som enligt överenskommelsen bör vara lika. Överenskommelsen ger uttryckligen stöd till att lokala rutiner för samverkan vid behov kan tas fram för att tydliggöra specifika delar av överenskommelsen. Nedan redogörs för ett urval av vad som är reglerat i överenskommelsen och som är relevant för granskningen.

- Lokala verksamhetsträffar mellan vårdcentral och kommunala enheter ska genomföras minst en gång per termin och inriktas på frågor som rör patientsäkerhet, planering, kvalitet samt uppföljning av det lokala samarbetet. Det finns en mall för dagordning för dessa träffar.<sup>14</sup> Respektive enhetschef ska delta, och beslutar gemensamt vilka övriga funktioner som deltar vid träffarna.
- Verksamhetschef med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal i kommun respektive region ska säkerställa att tid avsätts och schemaläggs för planerade och akuta hembesök inklusive förberedelser och dokumentation.
- Läkarsatser i kommunal hemsjukvård ska präglas av god tillgänglighet, kontinuitet och kompetens.
  - Ansvarig läkare ska vara utsedd för varje särskilt boende eller avdelning på särskilt boende. Läkarmedverkan på särskilt boende innefattar fysisk närvaro på boendet och målet är att den totala tidsresursen som avsätts ska motsvara cirka en timme för 10 patienter/vecka.
  - Konsultation och läkarbesök i hemmet ska ske när sjuksköterska i kommunen bedömt att patientens tillstånd kräver det.
  - En utsedd läkare ska finnas för varje patient i ordinärt boende med insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Detta gäller inte patienter som mottar avancerad hemsjukvård, till exempel genom specialiserad palliativ vård från något av regionens team. Då är det i stället teamets läkare som är ansvarig.

---

<sup>14</sup> Dagordningen omfattar följande punkter som avser verksamhet och samverkan: allmän information från kommunal hemsjukvård och vårdcentral, samarbete och samverkan, patientsäkerhet, fortbildning och kompetensutveckling, uppföljning, medicinska vårdplaner, läkemedel.

- I läkarens uppdrag ingår att planera palliativ vård. Läkaren ska genomföra brytpunktssamtal i de fall patienten inte är inskriven i team för specialiserad palliativ vård. Vid samtalet ska en medicinsk vårdplan upprättas.
- Läkaren ska ordinera palliativa läkemedel enligt rutin.
- Kommunens sjuksköterska ska initiera och medverka till att det utformas medicinska vårdplaner för individer med vissa diagnoser eller tillstånd, bland annat vid palliativ vård.
- Medicinska vårdplaner ska utformas för palliativa patienter. Planen ska utformas i samverkan mellan sjuksköterska i kommunen och behandlingsansvarig läkare på vårdcentralen.
- Ansvarig läkare på vårdcentralen har ansvar för rehabilitering av gemensamma patienter, även om rehabiliteringen sker av personal i kommunen. Kommunens arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för rehabilitering till patienter i särskilt boende och i hemmet.
- En samordnad individuell plan ska upprättas med patientens samtycke om någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg uppmärksammar att en patients vård- eller omsorgssituation kan samordnas bättre. Behovet av en sådan plan kan också påkallas av patienten själv eller av närstående. Det finns inget krav på att en samordnad individuell vårdplan ska upprättas.

Av genomförda intervjuer framgår att den länsgemensamma överenskommelsen är känd hos relevant personal såsom sjuksköterskor och chefer i kommunal hälso- och sjukvård, samt hos verksamhetschefer för vårdcentraler. Detta gäller även de avtal och överenskommelser avseende ansvars- och kostnadsfördelning för specifika insatser som beskrivs i avsnitt 3.2.2. Det är dock inte möjligt att utifrån granskningens tillvägagångssätt uttala sig om huruvida den länsgemensamma överenskommelsen är känd hos personalen i stort. Det som framkommer är att kommunerna med enskilda undantag håller samverkansträffar i enlighet med den länsgemensamma samverkansöverenskommelsen samt att intervjuade i kommunerna och regionen uppger att de känner till relevanta avtal och överenskommelser.

Utöver den länsgemensamma överenskommelsen finns det i fyra kommuner dokumenterade lokala tilläggsöverenskommelser mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral. Av intervjuer framgår att det förekommer lokal anpassning och tillämpning av den länsgemensamma överenskommelsen utan att detta finns dokumenterat. Den huvudsakliga uppfattningen vid intervjuer är dock att den länsgemensamma överenskommelsen är tillräcklig för att reglera ansvarsfördelning och samverkansformer vid gemensamma patienter hos vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård.

### 3.2.2 Övriga avtal och överenskommelser

Utöver den länsgemensamma överenskommelsen för samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård finns ett antal ytterligare överenskommelser som reglerar samverkan mellan region och kommun. Dessa reglerar bland annat vilken vårdgivare som ansvarar för vissa kostnader samt överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård i vissa fall. Av intervjuer framgår att dessa överenskommelser upplevs fungera väl och

att de i allmänhet är kända av relevanta funktioner. De ytterligare överenskommelser som finns framgår av tabellen nedan:

Tabell 3. Överenskommelser mellan Region Värmland och länets kommuner.

Överenskommelse	Parter	Syfte
Palliativ vård och vård av barn med särskilda behov i hemmet upp till 7 år	Region Värmland och länets kommuner	Ge barn en trygg, säker och obruten vård i hemmet genom att möjliggöra för regionen att köpa tillfällig hälso- och sjukvårdsinsats för barn upp till 7 år av kommunen.
Samverkansavtal förbrukningsartiklar/förbrukningshjälpmedel	Region Värmland och länets kommuner	Tydliggöra ansvarsfördelningen och ekonomisk reglering mellan huvudmännen avseende förbrukningsartiklar och förbrukningshjälpmedel inom kommunal hälso- och sjukvård.
Samverkansavtal vissa sjukvårdsprodukter samt vissa apoteksvaror med tillbehör	Region Värmland och länets kommuner	Tydliggöra ansvarsfördelning och ekonomisk reglering mellan huvudmännen avseende vissa sjukvårdsprodukter samt vissa apoteksvaror med tillbehör.

### 3.2.3 Uppföljning av avtal och överenskommelser

Överenskommelser följs upp på verksamhetsnivå genom de regelbundna träffar som hålls enligt vad överenskommelsen föreskriver.

Av intervjuer framgår att efterlevnad av den länsgemensamma överenskommelsen följs upp vid de lokala verksamhetsträffar som hålls i enlighet med överenskommelsen. Dessa ska genomföras minst halvårsvis och enligt intervjuer sker också detta. Det förekommer också att det hålls ytterligare träffar mellan till exempel kommunens sjuksköterskor och vårdcentraler för att kunna lyfta patientärenden. Den övergripande bild som framkommer vid intervjuer är att det finns en löpande dialog mellan ansvariga chefer i kommunen och på vårdcentral kring eventuella utvecklingsmöjligheter i det lokala gemensamma arbetet.

I den mall för dagordning som ska användas vid de lokala verksamhetsträffarna finns en punkt om samarbete och samverkan, där mötesdeltagarna ska föra dialog om vad som fungerar bra i samverkan och vad som kan åtgärdas och förbättras. Vidare finns punkter för att lyfta frågor avseende patientsäkerhet, kvalitet, medicinska vårdplaner och läkemedel.

Det finns inga särskilda former för uppföljning av efterlevnaden av samverkansöverenskommelser till den politiska nivån i form av ansvarig styrelse och/eller nämnd. Utmaningar eller utvecklingsområden avseende samverkan lyfts i viss utsträckning i kommunernas och regionens patientsäkerhetsberättelser, men då utan en direkt koppling till bristande efterlevnad av gällande överenskommelse.

### 3.2.4 Bedömning

**Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden samt styrelse och nämnder i kommunerna i allt väsentligt säkerställt att avtal och överenskommelser mellan Region Värmland och berörda kommuner är kända bland personalen.**

Det finns en länsgemensam överenskommelse mellan regionen, privata vårdcentraler och länets kommuner avseende samverkan mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt överenskommelsen utgör samverkansavtalet en grund för samverkan mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård i de delar som bör vara lika i hela länet, men det framgår även att lokala rutiner kan tas fram för att tydliggöra specifika delar av överenskommelsen. Granskningen visar att sådana lokala rutiner finns i flera kommuner, men att många kommuner inte heller har lokala dokumenterade rutiner för samverkan med vårdcentral utöver den länsgemensamma överenskommelsen. I flera kommuner finns dock specifika samverkansformer med vårdcentral som går utöver den länsgemensamma överenskommelsen, men som inte dokumenterats i rutin eller överenskommelse. Av intervjuer framgår en samlad bild att avtal och överenskommelser avseende samverkan i stort är kända bland relevant personal.

**Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden samt styrelse och nämnder i kommunerna inte följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs. Vi konstaterar däremot att avtal och överenskommelser i allt väsentligt följs upp på verksamhetsnivå.**

Av granskningen framgår inte att uppföljning av länsgemensamma och lokala samverkansöverenskommelser sker till ansvariga styrelser och nämnder. Däremot sker det i allt väsentligt löpande dialog och regelbundna samverkansträffar mellan vårdcentral och kommun, där existerande samverkansformer kan lyftas. Detta möjliggör en löpande uppföljning av överenskommelser på verksamhetsnivå.

### 3.3 Styrdokument och rutiner

- Vilka styrdokument och rutiner finns framtagna och implementerade för de berörda verksamheterna?
- Vilka instanser har beslutat om styrdokumentet?
- Bedrivs arbetet i verksamheterna i överensstämmelse med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument, sker till exempel upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) i avsedd omfattning?

#### 3.3.1 Regiongemensamma styrdokument och rutiner

Det finns en riktlinje för palliativ vård som tagits fram inom det nätverk för kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering som finns i länet. Åtta kommuner har valt att anta riktlinjen i kommunen, medan sex kommuner inte fattat beslut om att anta riktlinjen i kommunen, men ändå arbetar efter den och betraktar den som styrande i och med att den tagits fram av MAS-/MAR-nätverket. Av riktlinjen framgår en beskrivning av ansvarsfördelningen mellan olika roller när det gäller palliativ vård i den kommunal hälso- och sjukvården (läkare, MAS, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal). Vidare finns en beskrivning av de team som arbetar med specialiserad palliativ vård i regionen. Riktlinjen omfattar också kortfattade beskrivningar av olika aspekter av och moment eller insatser inom palliativ vård.

Av tabellen nedan framgår de styrdokument avseende palliativ vård som gäller gemensamt i regionen och/eller länets kommuner.

Tabell 4. Region-/läns-gemensamma styrdokument avseende palliativ vård.

Styrdokument	Dokumenttyp	Beslutande instans	Gäller för	Syfte
<i>Riktlinje palliativ vård</i>	Riktlinje	Nämnd, verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska i respektive kommun – framtagna gemensamt	Regionen och länets kommuner	God och säker vård för patient som är i behov av vård och omsorg i livets slutskede
<i>Samordnad individuell planering</i>	Riktlinje	Områdeschef område samverkan	Region Värmland, kommunal vård- och omsorg	Tydliggöra gemensamt ansvar för arbete med samordnad individuell plan
<i>Uppdragsbeskrivning för palliativa ombud i Värmland</i>	Rutin	Hälso- och sjukvårdsdirektör – framtagna av palliativa rådets utbildningsgrupp	Framgår ej	Regiongemensam rollbeskrivning för palliativa ombud i regionen och länets kommuner

<i>Läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede</i>	Rutin	Verksamhetschef läkemedelscentrum	Palliativ vård i Region Värmland	Rutin för ordination av palliativa läkemedel
--	-------	-----------------------------------	----------------------------------	--

### 3.3.2 Styrdokument och rutiner för enskilda verksamheter

Av tabellen nedan framgår de styrdokument avseende palliativ vård som gäller för enskilda verksamheter i regionen.

Tabell 5. Icke region-/läns-gemensamma styrdokument avseende palliativ vård.

Styrdokument	Dokumenttyp	Beslutande instans	Gäller för	Syfte
<i>Arbetsrutiner för det palliativa teamet i Karlstad</i>	Rutin	Verksamhetschef onkologi	Onkologikliniken, palliativa teamet i Karlstad	Arbetsrutiner för palliativa teamet i Karlstad
<i>Remisser till onkologiklinikens palliativa team</i>	Rutin	Verksamhetschef onkologi	Palliativa teamet i Karlstad	Tydliggöra palliativa teamet i Karlstads uppdrag och tillhörande remisstyp
<i>Rutin gällande läkemedelshantering för det palliativa teamet i Karlstad</i>	Rutin	Verksamhetschef onkologi	Onkologikliniken, palliativa teamet Karlstad	Tillse att rutiner och ansvarsfördelning för läkemedelshantering uppfyller tillräcklig kvalitet och säkerhet
<i>Rutin När-vårdsteam</i>	Rutin	Verksamhetschef Närvårdsavdelning Säffle	Vårdcentralsområde västra Värmland, När-vården Säffle	Arbetsrutiner Närvårdsteam Säffle
<i>Palliativ vård Avd. 11</i>	Checklista	Framgår ej	Barn och ungdomsmedicin, avd. 11	Checklista för palliativ vård avdelning 11 barn- och ungdomsmedicin <sup>15</sup>
<i>Palliativ vård</i>	Vårdrutin	Avdelningschef avd. 11, barn- och ungdomsmedicin	Barn och ungdomsmedicin, avd. 11	Vårdrutin för palliativ vård

<sup>15</sup> Avdelningen vårdar för tidigt födda barn och nyfödda barn med behov av medicinsk vård.

<i>Palliativ vård</i>	Vårdrutin	Verksamhetschef barn- och ungdomsmedicin	Barn- och ungdomsmedicin	Vårdrutin för palliativ vård
-----------------------	-----------	--	--------------------------	------------------------------

### 3.3.3 Övergripande iakttagelser avseende kommunernas styrdokument och rutiner<sup>16</sup>

Den övergripande bild som framkommer i granskningen är att kommunerna har ett antal rutiner som avser palliativ vård. Det är både rutiner som avser specifika moment eller insatser, och mer övergripande rutinbeskrivningar för arbetssätt vid palliativ vård. Dessa kompletterar, och i vissa fall överlappar med, den läns-gemensamma riktlinjen.

#### 3.3.3.1 Palliativa ombud

I flera kommuner saknas tydlig beskrivning av vilken roll de palliativa ombuden har eller ska ha. Det finns en uppdragsbeskrivning som tagits fram av palliativa rådets utbildningsgrupp, men av intervjuer framgår att kommunernas sätt att använda sig av palliativa ombud skiljer sig åt så att denna uppdragsbeskrivning inte alltid är tillämplig. I vissa kommuner är det endast sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal som är palliativa ombud, medan palliativa ombud i andra kommuner är en del av ett bredare arbete med ombudsroller och det därmed finns ett större antal palliativa ombud även blandomvårdnadspersonal.

Palliativa ombud mottar i olika utsträckning utbildning från det SSIH-, närvårds-, eller palliativa team som arbetar i den aktuella kommunen. Dessutom har det tidigare anordnats regiongemensamma utbildningstillfällen för palliativa ombud genom palliativa rådet. Utbildningstillfällen för palliativa ombud är inte anpassade till olika yrkesgrupper?. I övrigt framkommer att många kommuner arbetar med informationsinsatser till exempel vid APT.

### 3.3.4 Följsamhet till överenskommelser och andra styrdokument

#### 3.3.4.1 Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård

Enligt den läns-gemensamma samverkansöverenskommelsen mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård ska läkarinsatser i kommunal hemsjukvård präglas av god tillgänglighet. Verksamhetschef på vårdcentral ska säkerställa att tid avsätts och schemaläggs för planerade och akuta hembesök inklusive förberedelser och dokumentation. Enligt överenskommelsen ska konsultation och läkarbesök i hemmet ske när sjuksköterska i kommunen bedömer att patientens tillstånd kräver det. Av intervjuer framgår att läkarmedverkan i hemsjukvården i nästan alla kommuner upplevs fungera väl när det gäller särskilt boende. Däremot lyfts det att det ibland, ofta eller alltid är svårt att få till hembesök från läkare för palliativa patienter i ordinärt boende. Detta gäller i viss utsträckning även för genomförande av brytpunktssamtal där patienten inte är aktuell för att skrivas in i SSIH-, närvårds- eller palliativt team och brytpunktssamtal därmed ska

<sup>16</sup> Kommunernas egna styrdokument avseende palliativ vård redovisas närmare i respektive kommunbilaga.

genomförs av hemsjukvårdsläkare. Det beskrivs att en konsekvens av detta är att brytpunktssamtal sker i ett senare skede än vad som hade skett om tillgängligheten på läkarbesök i ordinärt boende var bättre. Eftersom brytpunktssamtal genomförs som konsekvens av läkares medicinska bedömning uppgavs vid intervjuer att det var svårt att svara på i vilken utsträckning svårigheter med läkarmedverkan fått konsekvenser för förändring av brytpunktssamtal.

### **3.3.4.2 Medicinska vårdplaner**

Av den läns-gemensamma samverkansöverenskommelsen mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård framgår att medicinska vårdplaner<sup>17</sup> ska utformas för palliativa patienter. Planen ska utformas i samverkan mellan sjuksköterska i kommunen och behandlingsansvarig läkare på vårdcentralen för patienter som är gemensamma mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral. För patienter som är inskrivna i SSIH-, närvårds-, eller palliativ team utformas medicinsk vårdplan av ansvarig läkare i det aktuella teamet.

Av intervjuer framgår att kommunerna i stort är nöjda med de medicinska vårdplaner som tas fram av teamen, men att de vårdplaner som tas fram av vårdcentralens hemsjukvårdsläkare i flera fall upplevs som otillräckliga och svåra att arbeta utifrån. En förklaring som lyfts till detta är att teamen har specialistkunskap inom palliativ vård, som oftare saknas hos vårdcentralen.

### **3.3.4.3 Samordnad individuell planering**

Enligt den läns-gemensamma samverkansöverenskommelsen mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård ska en samordnad individuell plan upprättas med patientens samtycke *om* någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg, eller patienten själv eller närstående, uppmärksammar att en patients vård- eller omsorgssituation kan samordnas bättre. Detta har sin grund i HSL 16 kap. § 4 där det framgår att en plan för insatser från hälso- och sjukvård samt socialtjänst ska upprättas *om* regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. I regionen finns vidare en riktlinje för samordnad individuell plan, där det bland annat framgår att region och kommun ska utgå från att det finns behov av en individuell plan för personer med vissa behov såsom psykisk sjukdom i kombination med missbruksproblem, personer med allvarlig psykisk sjukdom och funktionsnedsättning, ungdomar med omfattande psykosociala behov och personer med demenssjukdom. Det framgår inte något särskilt om upprättande av individuella planer vid palliativ vård.

Den samlade bild som framkommer av intervjuer är att det är ovanligt eller mycket ovanligt att samordnad individuell planering genomförs för palliativa patienter. Individuell planering ses enligt intervjuer som ett verktyg som huvudsakligen används när den ordinarie samordningen kring en patient och omsorgstagare av någon anledning inte fungerar, vilket när det gäller palliativa patienter är i enstaka fall. Det beskrivs vidare att de inskrivningssamtal som hålls vid inskrivning i SSIH-, närvårds- eller palliativ team innebär en

<sup>17</sup> En medicinsk vårdplan är en plan med syfte att ge vägledning för bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar.

form av samordnad planering då kommunens sjuksköterska deltar vid dessa, tillsammans med läkare och sjuksköterska från teamet.

### 3.3.5 Stickprovsgranskning

Stickprovsgranskningen har i enlighet med uppdraget skett genom att journalerna har granskats mot samma kontrollpunkter som användes vid den tidigare granskningen av palliativ vård som genomfördes år 2021. Enstaka kontrollpunkter har specificerats ytterligare.

Vid stickprovsgranskningen har det framkommit att det inte är möjligt att besvara journalernas följsamhet mot samtliga kontrollpunkterna på ett entydigt sätt. Det palliativa skedet är i många fall inte enkelt att avgränsa, och många journaler är mycket omfattande med journalanteckningar över lång tid. Därmed har det inom ramen för granskningen inte varit möjligt att ge ett helt tydligt svar på huruvida journalernas dokumentation omfattar vad samtliga kontrollpunkter efterfrågar. Resultatet av stickproven redovisas därför inte i formen av andel journaler som uppfyller respektive kontrollpunkt. Däremot har stickprovsgranskningen kunnat resultera i samlade iakttagelser under respektive kontrollpunkt. Dessa redovisas nedan för den del av stickprovsgranskningen som har avsett regionens journaler, medan resultatet för kommunerna redovisas i respektive kommunbilaga.

I det följande redovisas våra sammanfattande iakttagelser utifrån respektive kontrollpunkt:

- **Har en fast vårdkontakt utsetts** – Av ungefär en fjärdedel av journalerna framgår inte att fast vårdkontakt utsetts. I de fall som en fast vårdkontakt utsetts är det vanligt att det är distriktssköterska, läkare på vårdcentral eller sjuksköterska i SSIH-, närvårds- eller palliativt team.
- **Har brytpunktssamtal genomförts med patienter i livets slutskede** – Nästan hälften av journalerna saknar anteckningar om att brytpunktssamtal har genomförts. I flera av dessa fall har det med hänsyn till sjukdomsförloppet eventuellt inte varit möjligt att genomföra brytpunktssamtal. Det är möjligt att brytpunktssamtal genomförts utan att dokumenteras på ett sätt som gör att det framgår tydligt av journalanteckningar att det har varit just ett sådant samtal.
- **Finns anteckningar om brytpunktssamtalets innehåll, behandlingsbegränsningar och/eller bedömning om att patienten är döende** – Enstaka dokumenterade brytpunktssamtal saknar anteckningar om samtalets innehåll.
- **Finns det en dokumenterad vårdplan med adekvat innehåll** – Endast ett fåtal journaler saknar helt anteckningar som kan tolkas som vårdplan, till exempel med diagnos, ordinerad behandling eller åtgärd och mål för behandling eller åtgärd. Vid intervjuer framkommer att flera kommuner upplever att medicinska vårdplaner för palliativa patienter kan förbättras. Det avser patienter som inte är inskrivna i SSIH-, närvårds-, eller palliativt team. Av journalgranskningen framgår att de vårdplaner som upprättas vid inskrivning i team generellt är mer omfattande än de som upprättas för patienter som inte skrivs in i team. Detta kan delvis bero på att teamen bara tar emot patienter i behov av specialiserad palliativ vård.

- **Finns anteckningar om aktuella vårdåtgärder och behov av SIP** – Endast enstaka journaler saknar helt anteckningar om aktuella vårdåtgärder.
- **Om SIP har bedömts vara nödvändig, har en sådan genomförts** – Av journalerna framgår endast att i enstaka fall att SIP har bedömts nödvändig. Det framgår dock att sjuksköterska från kommunen regelmässigt deltar vid inskrivning i team, vilket innebär en samordning av den planering som sker i samband med detta.
- **Finns anteckningar om patientens önskemål och prioriteringar, var denne vill vara, vårdas och dö** – I runt hälften av journalerna saknas anteckningar om patientens önskemål och prioriteringar. I ett antal av dessa framgår att det saknats förutsättningar för att inhämta patientens önskemål.
- **Finns anteckningar om barn som närstående och/eller närståendes behov av stöd** – I runt en fjärdedel av journalerna saknas anteckningar om barn som närstående eller närståendes behov av stöd.
- **Finns anteckningar om att information i patientens journal har meddelats/tillgängliggjorts för den samverkande aktörens (regionens/kommunens) personal** – I ett fåtal av journalerna framgår inte att information i patientens journal har tillgängliggjorts för kommunens personal. Det är dock svårt att besvara huruvida det innebär att informationsdelningen varit eller inte varit tillräcklig eller ändamålsenlig.
- **Har den kommunala personalen fått tillräckliga förutsättningar i form av ordination och instruktioner från den regionala läkaren/personalen för att ge vård i livets slutskede** – Ett fåtal journaler saknar dokumenterade instruktioner eller palliativa ordinationer.
- **Har verksamheten efter patientens död registrerat i Svenska Palliativregistret** – Det framgår inte i journalanteckningar om dödsfallsenkät registrerats i palliativregistret.

### 3.3.6 Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden samt styrelse och nämnder i kommunerna delvis säkerställt att arbetet i verksamheterna bedrivs i överensstämmelse med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument.

Det finns en riktlinje för palliativ vård som tagits fram av det MAS-/MAR-nätverk som finns i länet. Riktlinjen har antagits av någon beslutsinstans i åtta av kommunerna, medan sex kommuner arbetar efter den gemensamma version som togs fram av nätverket utan att själva ha antagit riktlinjen. Vi ser att respektive kommun bör anta riktlinjen i lämplig beslutsinstans för att den ska gälla för den egna verksamheten.

Av intervjuer framgår att lokala verksamhetsträffar mellan vårdcentraler och kommunala enheter i hög utsträckning uppges ske i enlighet med den länsgemensamma överenskommelsen. Läkarmedverkan vid särskilt boende följer i hög utsträckning överenskommelsen. Däremot framkommer att läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende i ett antal kommuner inte följer överenskommelsens skrivning om god tillgänglighet och avsatt tid för planerade hembesök. Enligt överenskommelsen ska konsultation

och läkarbesök i hemmet ske när sjuksköterska i kommunen bedömer att patientens tillstånd kräver det. Kommunerna är i stort nöjda med de medicinska vårdplaner som upprättas av teamen, men de vårdplaner som upprättas av vårdcentralens hemsjukvårdsläkare upplevs enligt flera intervjuer som ibland otillräckliga och svåra för kommunens hälso- och sjukvård att arbeta utifrån.

Avseende SIP noterar vi att den länsgemensamma överenskommelsen föreskriver att detta ska upprättas när en patients vård- och eller omsorgssituation *kan* samordnas bättre, men att det generellt upplevs som ovanligt eller mycket ovanligt att detta anses behövas för palliativa patienter. Samordning kring palliativa patienter sker i stället under andra former, exempelvis genom kommunal medverkan vid inskrivningssamtal i palliativ team. Vi konstaterar att det *inte* finns ett krav på att SIP generellt ska upprättas inom ramen för palliativ vård. Vi ser därmed inte, baserat på intervjuer i region och kommuner, att SIP inte skulle upprättas i avsedd omfattning, trots att det är ovanligt att detta sker för palliativa patienter.

Den stickprovsgranskning av journaler som genomförts visar att regionen inte dokumenterat att brytpunktssamtal genomförts för en väsentlig andel av de patienter som mottar palliativ vård. Enligt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för en god palliativ vård i livets slutskede rekommenderas hälso- och sjukvården att genomföra brytpunktssamtal med patienten kontinuerligt under sjukdomsprocessen. Avseende vårdplan samt behovsbedömning och upprättande av samordnad individuell planering bekräftar journalgranskningen iakttagelserna från intervjuer.

### 3.4 Uppföljning av tidigare granskning

- *Har åtgärder vidtagits utifrån de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i granskningen 2021?*

#### 3.4.1 Rekommendationer från tidigare granskning

År 2021 genomförde regionens revisorer tillsammans med kommunrevisorerna i länets kommuner en granskning avseende samverkan vid palliativ vård. Det övergripande syftet med granskningen var att granska om Region Värmland och kommunerna utifrån sina respektive ansvar och uppdrag hade inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose berörda patienters behov av palliativ vård och omsorg i livets slutskede.

I samband med granskningen framfördes följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland och ansvariga styrelser och nämnder i kommunerna:

- Säkerställa att kännedomen kring avtal och överenskommelser ökar för att minska risken för att samverkan blir personbunden.
- Säkerställa att det finns rutiner framtagna och implementerade i verksamheter avseende att säkerställa att avtal och överenskommelser följs upp löpande, eller vid behov.
- Säkerställa att uppföljning av avtal och andra styrdokumentets efterlevnad genomförs utifrån fastställd struktur, vilket kan utföras av ansvariga verksamheter genom så kallade egenkontroller inom den interna kontrollen.
- Säkerställa att regionens och kommunernas uppföljning är tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer, exempelvis genom att säkerställa systematisk uppföljning i form av förslagsvis mätbara mål i verksamhetsplan och uppföljning i verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse eller inom ramen för internkontroll.

#### 3.4.2 Regionens åtgärder utifrån rekommendationerna

Av intervjuer framgår att regionens arbete med rekommendationerna påverkats av coronapandemin. Vidare framkommer vid intervjuer en uppfattning att de rekommendationer om stärkt uppföljning av avtal och överenskommelser samt arbets- och samverkansformer är något som inte huvudsakligen bör hanteras på politisk nivå, utan att sådan uppföljning kan ske på verksamhetsnivå. Av intervjuer framgår uppfattningen att uppföljning av specifika vårdområden huvudsakligen bör ske inom ramen för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och att detta bör beaktas vid uppföljning av arbetet med rekommendationerna från den tidigare granskningen.

#### **3.4.2.1 Säkerställa att kännedomen kring avtal och överenskommelser ökar för att minska risken för att samverkan blir personbunden**

Av det svar hälso- och sjukvårdsnämnden lämnade till granskningens rekommendationer<sup>18</sup> år 2022 framgick följande planerade åtgärder avseende rekommendationen:

- Översyn av läns-gemensamma riktlinjer för palliativ vård genom en arbetsgrupp inom palliativa rådet

Av aktuell granskning framkommer att det nu finns läns-gemensamma riktlinjer för palliativ vård.

#### **3.4.2.2 Säkerställa att det finns rutiner framtagna och implementerade i verksamheter avseende att säkerställa att avtal och överenskommelser följs upp löpande, eller vid behov**

Av det svar hälso- och sjukvårdsnämnden lämnade till granskningens rekommendationer år 2022 framgick följande planerade åtgärder avseende rekommendationen:

- Utvecklingsledare inom område samverkan stödjer och samordnar vid behov initiativ i gränssnittsfrågor och är länk mellan vårdgivare, aktörer och huvudmän.

Av aktuell granskning framkommer att område samverkan inte längre finns som ett självständigt område och att områdets funktioner nu är organiserade under område vårdkvalitet. Den läns-gemensamma överenskommelsen följs upp på lokal verksamhetsnivå genom de samverkansträffar som sker regelbundet. Det sker ingen samlad uppföljning av efterlevnaden till avtal och överenskommelser. Samverkan följs upp genom patientsäkerhetsberättelse, men inte särskilt med avseende på palliativ vård.

#### **3.4.2.3 Säkerställa att uppföljning av avtal och andra styrdokumentets efterlevnad genomförs utifrån fastställd struktur, vilket kan utföras av ansvariga verksamheter genom så kallade egenkontroller inom den interna kontrollen**

Av det svar hälso- och sjukvårdsnämnden lämnade till granskningens rekommendationer år 2022 framgick följande planerade åtgärder avseende rekommendationen:

- Område samverkan och område vårdkvalitet leder, stödjer och stärker intern samverkan i Region Värmland samt samverkan med länets kommuner och andra aktörer.
- Utvecklingsledare deltar i gemensamma och externa forum och kan där lyfta och delta i förbättringsarbete.
- Palliativa rådet kan ta större ansvar i frågan och vägleda hälso- och sjukvården genom att efterfråga ett tydligare uppdrag och mandat.

Av aktuell granskning framkommer att område samverkan inte längre finns som ett självständigt område och att områdets funktioner nu är organiserade under område vårdkvalitet. Vidare framkommer att Palliativa rådet har efterfrågat och fått ett uppdrag och

---

<sup>18</sup> 2022-05-10, HSN/221102

mandat från hälso- och sjukvårdsdirektör, och under 2024 påbörjat att arbeta efter detta mandat.

#### **3.4.2.4 Säkerställa att regionens och kommunernas uppföljning är tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer, exempelvis genom att säkerställa systematisk uppföljning i form av förslagsvis mätbara mål i verksamhetsplan och uppföljning i verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse eller inom ramen för internkontroll**

Av det svar hälso- och sjukvårdsnämnden lämnade till granskningens rekommendationer år 2022 framgick följande planerade åtgärder avseende rekommendationen:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens plan för 2022 omfattar ett antal aktiviteter och indikatorer relaterade till palliativ vård.

Av aktuell granskning framkommer att nämndens verksamhetsplan inte omfattar några mål eller indikatorer som är direkt kopplade till palliativ vård. Nämndens patientsäkerhetsberättelse för 2023 omfattar en indikator som avser genomförande av brytpunktsamtal för palliativa patienter och en indikator som avser oplanerade återinskrivningar efter utskrivning, vilket är kopplat till samverkansarbetet.

#### **3.4.3 Övergripande iakttagelser avseende kommunernas åtgärder<sup>19</sup>**

I kommunerna har det på många håll genomförts insatser för att öka kännedomen avseende avtal och överenskommelser. Samtidigt innebär personalomsättning att detta är ett kontinuerligt arbete. Kommunerna har implementerat den länsgemensamma samverkansöverenskommelse mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård samt den länsgemensamma riktlinje som tagits fram. Det varierar i vilken utsträckning som kommunerna har kompletterat dessa med lokala överenskommelser, styrdokument och rutiner på området.

Avseende uppföljning av avtal och överenskommelser samt uppföljning av efterlevnaden av dessa så innebär de samverkansträffar som hålls en uppföljning på verksamhetsnivå. Vidare genomför kommunerna uppföljning till ansvarig styrelse eller nämnd inom ramen för kvalitets- och/eller patientsäkerhetsberättelse. En del av dessa uppföljningar avser samverkan, men då inte specifikt avseende palliativ vård. Det är ovanligt att ansvarig styrelse eller nämnd får någon uppföljning på området utöver detta.

#### **3.4.4 Bedömning**

**Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i granskningen 2021.**

Av granskningen framkommer att ett antal åtgärder vidtagits. En länsgemensam samverkansöverenskommelse mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård samt en länsgemensam riktlinje för palliativ vård har tagits fram. Palliativa rådet har begärt och fått tydligare mandat och uppdrag. Samtidigt framgår att det inte genomförts

<sup>19</sup> Kommunernas åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades år 2022 redovisas närmare i respektive kommunbilaga.

konkreta åtgärder för uppföljning av avtal och överenskommelser och efterlevnaden av dessa på det sättet som rekommenderades. Flera av de åtgärder som beskrivs i hälso- och sjukvårdsnämndens svar från 2022 innebär i praktiken att fortsätta pågående arbete, exempelvis inom område samverkan.

Av intervjuer framgår uppfattningen att uppföljning huvudsakligen bör ske inom ramen för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vi bedömer i den aktuella rapporten att det finns en tillräcklig uppföljning på verksamhetsnivå, och att den uppföljning som sker till politisk nivå avseende arbets- och samverkansformer i allt väsentligt sker genom patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse med grund i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om detta. Arbetet med samverkan redovisas och följs upp till ansvarig styrelse eller nämnd genom patientsäkerhetsberättelse både i region och i kommunerna, men då inte med särskilt avseende på palliativ vård.

## 4 Samlad bedömning och rekommendationer

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Värmland samt ansvarig nämnd i respektive kommun har, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att bedriva palliativ vård på ett ändamålsenligt sätt.

**Vår samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen samt ansvarig nämnd i respektive kommun delvis har, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att i syfte att bedriva palliativ vård på ett ändamålsenligt sätt.**

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att samverkansformer mellan regionens vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården minst lever upp till den länsgemensamma överenskommelsen.
- Överväga att upprätta överenskommelser eller förtydliga riktlinjer avseende ansvarsfördelningen mellan å ena sidan närvårds-, SSIH- och palliativa team samt å andra sidan kommunens vård- och rehabinsatser.
- Tillse att närvårds- och SSIH-teamens uppdrag är kända hos samverkanspartners och att dessa team har personella resurser för att arbeta med beslutat uppdrag.
- Säkerställa att kompletterande överenskommelser om samverkansformer mellan vårdcentral och kommunal hemsjukvård dokumenteras och följs upp på motsvarande sätt som den länsgemensamma överenskommelsen.
- Säkerställa att avvikelser rapporteras och utgör del av systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.
- Säkerställa följsamhet till den länsgemensamma överenskommelsens åtagande om god läkartillgänglighet för planerade och akuta besök i ordinärt boende inom ramen för den kommunal hemsjukvården.
- Säkerställa att adekvata medicinska vårdplaner för palliativ vård upprättas i enlighet med vad som anges i den länsgemensamma överenskommelsen.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi ansvarig styrelse eller nämnd i respektive kommun att:

- Säkerställa att samverkansformer mellan regionens vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården minst lever upp till den länsgemensamma överenskommelsen.
- Överväga att upprätta överenskommelser eller förtydliga riktlinjer avseende ansvarsfördelningen mellan å ena sidan närvårds-, SSIH- och palliativa team samt å andra sidan kommunens vård- och rehabinsatser.

- Säkerställa att kompletterande överenskommelser om samverkansformer mellan vårdcentral och kommunal hemsjukvård dokumenteras och följs upp på motsvarande sätt som den länsgemensamma överenskommelsen.
- Säkerställa att kommunernas arbete med palliativa ombud följer den gemensamma rollbeskrivning för palliativa ombud som arbetats fram av Palliativa rådets utbildningsgrupp.
- Tillse att den länsgemensamma riktlinjen för palliativ vård implementeras i samtliga kommuner och att lokala rutiner och riktlinjer harmoniseras med denna.
- Säkerställa att avvikelser rapporteras och utgör del av systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.
- Säkerställa följsamhet till den länsgemensamma överenskommelsens åtagande om god läkartillgänglighet för planerade och akuta besök i ordinärt boende inom ramen för den kommunal hemsjukvården.
- Säkerställa att adekvata medicinska vårdplaner för palliativ vård upprättas i enlighet med vad som anges i den länsgemensamma överenskommelsen.



Datum som ovan

KPMG AB

Mikael Lind

*Certifierad kommunal yrkesrevisor,  
kvalitetssäkrare*

Ludwig Reismer

*Certifierad kommunal yrkesrevisor*

Mikael Lindberg

*Certifierad kommunal yrkesrevisor*

Erik Cronqvist

*Specialist*

Cecilia Stelin

*Verksamhetsrevisor*

Olle Andersson

*Verksamhetsrevisor*

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

## A Bakgrund

Regionens revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av regionens samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har regionens revisorer utarbetat dokumentet "Granskningsstrategi" i vilket de beskrivit de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig "Riskbedömning och revisionsplan". I "Revisionsplan 2024" ingår bland annat en granskning av palliativ vård tillsammans med revisorerna i de värmländska kommunerna.

Revisorerna i Region Värmland har under en följd av år genomfört gemensamma granskningar tillsammans med revisorerna i länets kommuner. Regionens revisorer har vid möte den 25 januari 2024 aktualiserat att under innevarande år genomföra en gemensam granskning avseende palliativ vård där regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar. I granskningen ska även ingå en uppföljning av de iakttagelser och rekommendationer som framfördes i "Granskning av palliativ vård, gemensam granskning mellan Region Värmland och de värmländska kommunerna" från 2021.

Det finns flera beröringspunkter mellan kommunernas och regionens verksamheter. En av dessa beröringspunkter är den palliativa vården, där vård, omsorg och stöd utförs av enheter och personal inom båda huvudmännen. Det kan dessutom förekomma att flera nämnder inom respektive huvudman har ansvar för delar av den berörda verksamheten.

När två huvudmän ska samverka och har ett gemensamt ansvar för verksamhet som rör vård, omsorg och stöd är det viktigt att kunskaps- och informationsöverföringen mellan huvudmännens verksamheter fungerar på ett bra sätt. Bristande kommunikation i gränssnitten mellan kommunen och regionen kan påverka vårdens kvalitet, vilket kan äventyra patientsäkerheten och leda till att patienter inte får den vård, omsorg och det stöd de behöver.

En annan viktig del när två huvudmän ska samverka är att det finns avtal och/eller överenskommelser kring det aktuella området och att efterlevnaden av dessa avtal och överenskommelser följs upp och utvärderas.

Den palliativa vården bedrivs inom såväl kommunernas som i regionernas verksamheter. De gemensamma målen för vården är att det ska finnas resurser, kunskap och förmåga att ge patienten i behov av palliativ vård ett optimalt fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt omhändertagande. Patient och närstående ska uppleva trygghet i kontakten med vårdgivarna och de ska veta hur ansvarig vårdgivare kan kontaktas. Förutsättningar ska ges för att patienten ska kunna leva den sista perioden av sitt liv i hemmet om han eller hon så önskar.

Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Denna vårdnivå ansvarar kommunerna för och patienterna kan även vårdas inom slutenvårdens alla verksamheter. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård. På regionens intranät (Vårdgivarwebben) anges vilket ansvar regionen respektive kommunerna har avseende palliativ vård.

I rapporten 2021 framfördes bland annat följande sammanfattande iakttagelser:

*Den samlade bedömningen är att Region Värmland och kommunerna – utifrån sina respektive ansvar och uppdrag – delvis har inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose berörda patienters behov av palliativ vård och omsorg i livets slutskede.*

*Det bedöms finnas ett antal brister i Region Värmland och länets kommuner avseende arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring som leder till ökade risker. Kännedom om avtal och brister är inte fullständigt implementerat i hela organisationerna. Det bedöms saknas uppföljning avseende avtal och andra styrdokuments efterlevnad av ansvarig styrelse och nämnd och Region Värmlands internkontroll bedöms som bristfällig avseende palliativ vård.*

*Vidare bedöms att Region Värmland och kommunernas ansvariga styrelser och nämnders styrning för att säkerställa arbets- och samverkansformer mellan huvudmännens enheter som bristande.*

*Det har inom ramen för granskningen inte framkommit att tidigare landstinget och länets kommuner utformat enhetliga överenskommelser för samverkan inom palliativ vård och det har inte heller framkommit att tidigare landstinget har skapat en funktion som ansvarar för att bistå vårdenheterna i detta avseende.*

*Vidare bedöms att Region Värmland tillsammans med länets kommuner inte har utformat en övergripande plan för utveckling av den palliativa vården men att flertalet åtgärder har genomförts på regional och kommunal nivå.*

I rapporten 2021 rekommenderades Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, att:

- *Säkerställa att kännedomen kring avtal och överenskommelser ökar för att minska risken för att samverkan blir personbunden.*
- *Säkerställa att det finns rutiner framtagna och implementerade i verksamheter avseende att säkerställa att avtal och överenskommelser följs upp löpande, eller vid behov.*
- *Säkerställa att uppföljning av avtal och andra styrdokuments efterlevnad genomförs utifrån fastställd struktur, vilket kan utföras av ansvariga verksamheter genom så kallade egenkontroll inom den interna kontrollen.*
- *Utveckla och tydliggöra den regionala styrningen för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan Regionens olika enheter.*
- *Säkerställa att regionens och kommunernas uppföljning är tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer, exempelvis genom att säkerställa systematisk uppföljning i form av förslagsvis mätbara mål i verksamhetsplan och uppföljning i verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse eller inom ramen för internkontroll.*

## B Intervjupersoner och dokument

### Intervjupersoner

I regionen har följande intervjuats:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Områdeschef onkologi
- Områdeschef vårdkvalitet
- Vårdcentralsområdeschef (2 personer)
- Enhetschef privat vårdcentral (2 personer)
- Hemsjukvårdsläkare (2 personer)
- Enhetschef SSIH-, närvårds- och palliativt team (5 personer)
- Medarbetare SSIS-, närvårds- och palliativt team (5 personer)

Enhetschef för teamen har intervjuats tillsammans med respektive medarbetare. Hemsjukvårdsläkare har intervjuats tillsammans med vårdcentrals- eller vårdcentralsområdeschef.

I kommunerna har intervjuer genomförts med

- Presidiet för ansvarig styrelse eller nämnd
- Verksamhetschef HSL, medicinskt ansvarig sjuksköterska, ansvarig chef äldreomsorg och eventuellt ansvarig chef rehabilitering (gruppintervju)
- Sjuksköterskor, fysioterapeuter och/eller arbetsterapeuter (gruppintervju)

### Dokument

Följande dokument har granskats i regionen:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente
- Relevanta sammanträdesprotokoll och beslut
- Patientsäkerhetsberättelse 2022 och 2023
- Verksamhetsplan onkologikliniken
- Riktlinje palliativ vård
- Riktlinje för samordnad individuell planering
- Uppdragsbeskrivning för palliativa ombud i Värmland
- Rutin för läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede
- Arbetsrutiner för palliativa teamet i Karlstad
- Rutin för remisser till onkologiklinikens palliativa team



- Rutin gällande läkemedelshantering för det palliativa teamet i Karlstad
- Rutin Närvårdsteam
- Rutiner och checklista för Palliativ vård inom avdelning barn- och ungdomsmedicin
- Årsberättelse palliativa rådet 2023