



Till Lidingö Stad
Äldre och handikappnämnden

Utvärdering av beslut taget 2005-02-15, 2.07 angående Lidingö Hospice samt förslag på framtida utformning

Kerstin Karlstedt
2010-01-19

1 Innehåll

1	UPPDRAGET	2-3
2	METOD OCH AVGRÄNSNING	2-3
2.1	METODER	2-3
2.2	AVGRÄNSNING	2-3
3	KOMMUNENS UPPDRAG	3-4
3.1	MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA	3-5
4	MÅLET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	4-5
5	LANDSTINGETS UPPDRAG.....	5-6
6	BEGREPP	6-6
6.1	VAD ÄR PALLIATIV VÅRD?	6-6
6.2	HOSPICE	6-7
6.3	ASIH AVANCERAD SJUKVÅRD I HEMMET.....	6-7
6.4	BASAL VÅRD – AVANCERAD VÅRD.....	6-7
7	LIDINGÖ HOSPICE – HISTORIA.....	7-8
7.1	LÄKARMEDVERKAN	7-9
7.2	BELÄGGNING	7-9
7.3	KOSTNADER.....	7-10
8	INTERVJUER	8-11
8.1	LIDINGÖ HOSPICE PERSONAL.....	8-11
8.2	BISTÅNDSBEDÖMARENHETEN.....	8-12
8.3	VERKSAMHETSCHEF FÖR BYLE GÅRD OCH CHEF INOM ASIH- SIH TEAM LIDINGÖ.....	8-12
9	GRANSKNING AV BISTÅNDSBESLUT	9-13
10	SAMMANFATTNING	10-14
10.1	TIDIGARE BESLUT OCH HÅLLPUNKTER:	10-15
10.2	SLUTSATSER.....	10-16

1 Uppdraget

Äldre och handikappnämnden beslutade den 2009-09-08 att genomföra en utvärdering av beslutet 2005-02-15, § 2.07 samt ge förslag till framtida utformning av verksamheten.

2 Metod och avgränsning

2.1 Metoder

Granskningen har genomförts genom att inhämta:

- Underlag för Äldre- och handikappnämndens beslut 2005-02-15, § 2.07.
- Stadens styrdokument
- Upprättade avtal och överenskommelser mellan huvudmännen
- Väntetider, beläggningsstatistik, diagnoser, vårdtider och vårdbehov.

Granskning av biståndsbeslut:

- För att få en bild av huruvida man i verksamheten har följt de arbetsformer och rutiner som finns samt att beslut om vård på Lidingö Hospice har fattats i enlighet med överenskommelse mellan Lidingö stad och landsting samt att man gett vård till de målgrupper som överenskommit har ett antal slumpmässigt urval av ärenden granskats.

Intervjuer har genomförts med:

- Ordförande i Äldre- och handikappnämnden
- Områdeschef, enhetschef
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Olika yrkesgrupper inom hospice:
 - Sjuksköterskor
 - Undersköterskor
 - Ansvarig läkare.
- Chef för biståndsbedömarenenhet, boendesamordnare, vårdplanerare
- Verksamhetschef Byle gård samt ansvarig chef inom ASiH- SiH Team Lidingö.

2.2 Avgränsning

Granskningen omfattar enbart Lidingö Hospice och därav inte övrig verksamhet inom stadens äldreomsorg.

Definitioner av palliativ vård- se Bilaga 1.

3 Kommunens uppdrag

Kommunen har att följa Socialtjänstlag (2001:453) där kommunens ansvar regleras när det gäller bl.a. olika typer av bistånd, särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd etc.

Kommunen skall se till att handläggning av ärenden följer rättssäkerhetskrav som krav på opartiskhet, god handläggning och enhetlig bedömning.

Ädel-reformen var en social och medicinsk reform. Den innebar att kommunerna från 1992 fick ansvar för sjukvården upp till läkarnivå i särskilda boendeformer d.v.s. ålderdomshem, sjukhem, servicehus och gruppboenden samt sjukvård för dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL 10 §. Dessutom gavs kommunerna möjlighet att genom överenskommelse ta över hemsjukvården i ordinärt boende.

Kommunen erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå som ett komplement till den övriga vård och omsorgen som finns i kommunen. Den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver skall vara av god kvalitet. Insatserna utförs av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan personal i kommunen, som fått dessa uppgifter delegerade. Läkarinsatser och akutsjukvård är ett ansvar för landstinget. Kommunerna har dessutom ett betalningsansvar för personer som är utskrivningsklara¹ och som vårdas inom akutsjukvården.

Insatser som är aktuella i den kommunala hälso- och sjukvården² är huvudsakligen läkemedelshantering, såromläggning, insulingivning, sondmatning, medicinska bedömningar och i stora delar insatser av omvårdnadskaraktär. I vissa fall kan det innebära kvalificerade insatser som t.ex. vård i livets slutskede där avancerad smärtlindring kan förekomma.

I hälso- och sjukvårdslagen regleras sjukvårdshuvudmännens ansvar vad avser mål och krav för hälso- och sjukvården, nämnder, personal, vårdavgifter och tillsyn. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagens 18§.

I kommunallagen 2 kap beskrivs kommunernas och landstingens befogenheter. I **1 §** står det "Kommuner och landsting får själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan".

Kommunstyrelsens uppgifter är att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Nämndens har i sitt uppdrag att besluta i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning skall handha. Nämnden beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem samt bereder fullmäktiges ärenden och ansvarar för att fullmäktiges beslut verkställs. Den skall också se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har

¹ Patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten vård.

² Sveriges kommuner och landsting Cirkulär 1995:100

bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (2006: 11) och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS skall det inom kommunen finnas bestämmelser om kvalitet och kvalitetsarbete inom socialtjänsten. För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet skall nämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete, internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t.ex. överföring av information, och hur samverkan skall bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer, med beaktande av bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100) eller bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS.

"Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap, 5 § och 7 § socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap 6§ socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där".

Om Lidingö Stad beslutar sig för att bedriva avancerad vård är det nödvändigt att nämnden förstår vilket ansvar man påtar sig. Att påta sig ansvar för avancerad vård kan innebära att man överskrider gränsen för det kommunala ansvaret och man lägger ett större ansvar på kommunens tjänstemän än vad man har kompetens eller befogenheter för.

3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

I kommunernas hälso- och sjukvård skall det finnas en sjuksköterska som har det medicinska ansvaret i verksamheten. Grundläggande bestämmelser om medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och de uppgifter som åligger en sådan sjuksköterska ges i 24 § HSL och i förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar sammanhänger med kommunens skyldighet enligt 2 a § HSL att bedriva hälso- och sjukvården så att den uppfyller kraven på en god vård och det krav som enligt 31 § HSL ställs på att kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS uppdrag ingår att ansvara för att utarbeta rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvården inom kommunens ansvarsområde.

4 Målet för hälso- och sjukvården

Målet för sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Källa: 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Målparagrafen.

5 Landstingets uppdrag

Den naturliga utgångspunkten för en beskrivning av landstingens och regionernas ansvar och uppgifter i deras roll av sjukvårdshuvudmän i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är första meningen i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Den lyder: *Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.*

Anm. Sådan hälso- och sjukvård, som kommunerna enligt 18 § HSL är ansvariga för, är undantagen från landstingens och regionernas ansvar.

Ytterligare en viktig utgångspunkt är 7 § i samma lag (HSL). Den lyder: *Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.*

Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. (7 § HSL)

Den gemensamma nämnaren för landstingen och regionerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän är alltså att de har ansvar för att en god hälso- och sjukvård tillhandahålls och att denna planeras med utgångspunkt i befolkningens vårdbehov. Ett huvudmotiv för att lägga ansvaret på huvudmän med politiskt valda ledningar är värdet av att ha en demokratiskt förankrad styrning av vården. Genom att lägga ansvaret på landstingen och regionerna uppfylls värdet av att vården anpassas till de särskilda förhållanden som råder i varje del av landet.

6 Begrepp

6.1 Vad är palliativ vård?

När bot för patienten inte längre är möjlig krävs ett klart och medvetet förhållningssätt i omhändertagandet för att kunna hjälpa både patient och närstående³. Då är palliativ vård (lindrande vård) aktuell. Under senare år har palliativ vård erkänts och blivit en viktig vårdfilosofi med egen specifik kunskap som kan hjälpa människor i livets slutskede.

Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående. Palliativ vård fokuserar på symtomkontroll och livskvalitet.

Palliativ vård kan erbjudas varhelst patienten väljer att vårdas, i hemmet, på ett sjukhem, på ett sjukhus eller på en palliativ enhet/hospice. Den palliativa vården kan inrymma flera olika yrkesgrupper för att uppnå bästa vård. Det är oftast sjuksköterska och läkare men även tillgång till kurator, sjukgymnast m.fl. Teamarbete mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för god palliativ vård. Den palliativa vården kan ges under kortare eller längre tid och omfattar även vård i livets slut.

³ Definition från Nationella Rådet för Palliativ vård.

6.2 Hospice

Starten på den palliativa vårdens moderna utveckling får till stor del tillskrivas Dame Cicely Saunders, St Christophers Hospice i England. Som sjuksköterska, kurator och läkare ses hon som pionjären för hospicerörelsen/palliativa rörelsen i slutet på 1960-talet. Hon identifierade det tomrum som omgav döende patienter och deras familjer. Hon såg också behovet av att ha familjen och de närstående involverade samt vikten av stöd i sorgearbetet. Samarbetet till gagn för patient och närstående krävde flera olika professioner som arbetade för samma mål. Det blev tydligt och viktigt för att kunna se patienten som en hel person med alla sina behov och för att patienten ska kunna få dessa behov tillgodosedda.

Även i Sverige började den palliativa vården med cancerpatienter i livets slutskede men idag har begreppet vidgats och palliativ vård bör omfatta samtliga som har behov av den aktiva helhetsvården som palliativ vård utgör, oavsett diagnos.

6.3 ASiH Avancerad sjukvård i hemmet

I Stockholms läns landstings uppdragsbeskrivning för avancerad hemsjukvård samt specialiserad palliativ slutenvård anges att vårdgivaren, d.v.s. landstinget, skall tillhandahålla avancerad hemsjukvård samt specialiserad palliativ slutenvård.

Hemsjukvården kan också vara mer avancerad och är då ett alternativ till att bli inlagd på sjukhus. För dessa insatser krävs remiss från läkare till ASiH -enheten, där sedan enhetens läkare tar ställning till om ASiH kan tillgodose vårdbehoven.

I den avancerade hemsjukvården arbetar sjuksköterskor och läkare som är specialister inom olika områden. De kan erbjuda ungefär samma vård som på sjukhus med reservation för de förutsättningar som finns i hemmet. De arbetar i team och verksamheten fungerar dygnet runt. Inom hemsjukvården finns också annan vårdpersonal som till exempel sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Sjukvården i hemmet kan vara dropp, smärtlindring, provtagningar, stödjande samtalskontakt och mycket annat. Hemsjukvården ska i princip kunna ersätta vård på sjukhus.

6.4 Basal vård – avancerad vård

Gränsen mellan basal vård och avancerad vård är inte knivskarp. Man kan beskriva basal vård som den vård som ges av undersköterskor under ledning av sjuksköterska. Även basal vård kan behöva stöd från läkare. För detta behöver det finnas personal som t.ex. kan ge smärtlindring, stöd och handledning. Utmärkande för basal palliativ vård är att patienten har relativt symtomfattigt sjukdomsförlopp med stort inslag av omvårdnadsbehov.

Avancerad vård sker under ledning av läkare och patienterna har en mer komplex sjukdomsbild och livssituation som kräver tillgång till mer specialiserade team dygnet runt med möjlighet till konsultstöd av specialister. Den skiljer sig från den vård som alla behöver inför döden genom att behandla fler och mer komplexa symtom, kräver tillgång till specialiserade team dygnet runt för att patienten skall kunna stanna i vårdformen, möjlighet till konsultstöd av specialist i onkologi, algologi, neurokirurgi ortopedi mm.

En diskussion pågår nu med ASiH (landsting) gällande om hur gränsdragning skall göras mellan staden och ASiH. Detta arbete skall leda till en överenskommelse mellan parterna. Arbetet skall också mynna i att ASiH:s kompetens skall kunna användas inom stadens särskilda boenden.

Merparten av de patienter som har behov av palliativ vård och vård i livets slut vårdas i hemmet eller i ett särskilt boende. Det är därför viktigt att det inom kommunens särskilda boende finns en hög kompetens för att kunna uppfylla kraven på omvårdnad, basal palliativ vård och vård i livets slut av hög kvalitet.

7 Lidingö Hospice – Historia

Lidingö Hospice startade sin verksamhet under början av 90-talet på Lidingö sjukhem, d.v.s. under den tid som Stockholms läns landsting var huvudman för sjukhuset. I samband med Ädelreformen övertog staden ansvaret för verksamheten. 1993 beslutade Äldre- och Handikappnämnden att en förstärkning av sjuksköterskebemanningen på hospicet skulle göras. 1999 togs ett beslut om att flytta hospice från Lidingö sjukhem till den planerade om och tillbyggnaden på Högsätra äldreboende och antalet vårdplatser utökades till 9. Inledningsvis var verksamheten avsedd för personer med cancerdiagnoser men även personer med andra diagnoser (t.ex. ALS, AIDS, MS) har beretts möjlighet att få vård inom verksamheten. Varken i beslutet från 1993 eller 1999 nämns termen "avancerad palliativ vård" utan man talar om hospice och hospiceprofilerad verksamhet. De som fick vård på Lidingö Hospice remitterades oftast från sjukhuset direkt, utan att någon biståndsansökan eller regelmässig bedömning gjordes innan man flyttade in (beslut kunde tas i efterhand).

En läkare kan remittera en patient till en annan sjukvårdsinrättning men inte på samma sätt till en kommunal verksamhet. En remiss från en läkare handlar om att överlåta ansvaret för sjukvård eller undersökningar/konsultationer till en annan sjukvårdande enhet. För att få omsorg, service eller vård i kommunal regi krävs alltid en biståndsbedömning och ett biståndsbeslut.

Vad hände 2004-2005?

Antalet personer som vårdades på Hospice minskade och resursutnyttjandet sjönk till cirka 77 %. I äldre och handikappnämndens budgetförslag för 2005 föreslogs en avveckling av hospiceverksamheten samt och att de 9 platserna som verksamheten disponerade skulle användas till ordinarie äldreomsorg. Motivet var att verksamheten inte kunde sägas utgöra ett primärkommunalt ansvar och att staden behövde alla resurser till den obligatoriska äldreomsorgen. I samband med fullmäktiges behandling av budget beslutades att verksamheten skulle bli kvar inom staden under ytterligare två år.

Då kommunalt nämndsbeslut för verksamhetens inriktning saknades tog Äldre- och handikappnämnden ett beslut i februari 2005 att:

- För att få vård vid Hospice krävs beslut från biståndsbedömaren.
- Lidingö Hospice målgruppen i första hand skulle vara cancerdiagnoser, i andra hand andra diagnoser och i tredje hand som korttidsplatser. Patienterna skall vara färdigutredda och utskrivningsklara från sjukhuset för fortsatt palliativ vård.

- Hospice skall kunna vara ett alternativ när patienter har behov av s.k. basal palliativ vård till skillnad från avancerad palliativ vård som bör ges inom ramen för sjukvården.
- För patienter som vårdas inom ASIH (avancerad sjukvård i hemmet), för vilket landstinget är ansvarig, som kan komma att få akuta behov av inläggning kan biståndsbedömare i förväg fatta vilande beslut.

Det inriktningsbeslut som togs 2005 förankrades inte i verksamheten. Beslutet ledde inte heller till några faktiska åtgärder i syfte att förändra verksamhetens inriktning utan verksamheten har fram till 2008 fortgått som tidigare.

Efter valet 2006 har kontakter tagits med landstingets politiker för att diskutera en finansiering av platser för avancerad vård. I dessa kontakter har man fått ett nekande svar från Landstingets politiker när det gäller ett övertagande av hospiceverksamheten. Motivet till detta är att man inom Landstinget anser att antalet platser på Hospice/platser för avancerad palliativ vård är tillräckliga.

7.1 Läkarmedverkan

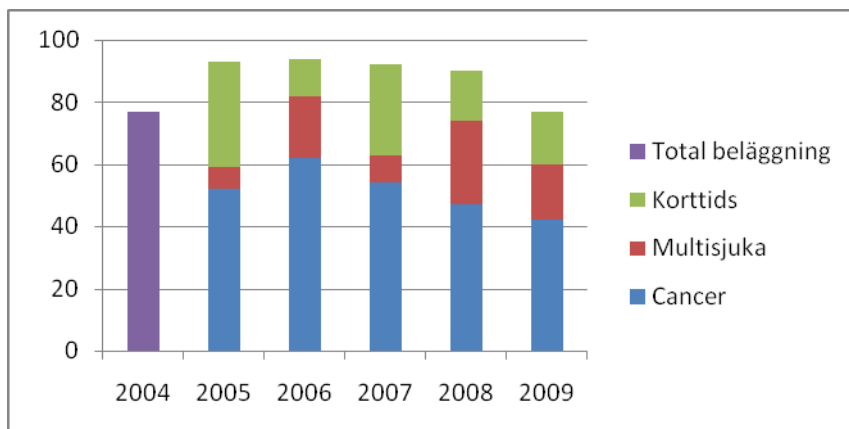
För de personer som bor i särskilda boenden inom Lidingö Stad finns ett avtal med Legevisitten och brukaren kan själv välja om man vill anlita deras läkare eller om man vill fortsätta att ha kontakt med sin husläkare. Former för samverkan finns dokumenterat i avtalet mellan parterna.

Sedan i början på 90-talet är en läkare från Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset knuten till Lidingö Hospice. Detta finns reglerat i en vårdöverenskommelse som tecknats mellan Hälso- och sjukvårdens förvaltning/Närsjukvård och Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Division för onkologi. Däremot finns inget avtal mellan landstinget och Lidingö stad och former för samverkan saknas.

7.2 Beläggning

Inder 2004 vårdades sammanlagt 64 personer vid Hospice. Av dessa hade 50 någon typ av cancerdiagnos medan resterande 14 hade andra diagnoser. Medelvårdtiden var för cancergruppen var 36 dagar och för övriga diagnoser var medelvårdtiden 53 dagar. Under 2004 utnyttjades 77 % av platserna. Från 2004 har antalet personer med en cancerdiagnos som vårdats på Hospice minskat successivt. Samtidigt ser vårtiderna ut att bli längre.

Den procentuella fördelningen av vårddyggn för olika målgrupper.



Kommentar: Under 2004 finns ingen statistik där indelningen gjorts gällande målgrupper såsom det finns under åren 2005-2009 varför endast den totala beläggningen redovisas i tabellen. I redovisningen för 2009 anges beläggningen t.o.m. 21/10.

7.3 Kostnader

Bruttokostnad exklusive hyra per plats och dygn på Hospice jämfört med korttidsboende och särskilt boende

			Rehab	särskilt boende	särskilt boende
	År	Hospice	korttidsboende	demensboende	sjukhemskaraktär
bokslut	2006	2 459	2 189	1 619	1 537
bokslut	2007	2 469	2 251	1 783	1 559
bokslut	2008	2 563	2 272	1 864	1 645

Årskostnad per plats

			Rehab	särskilt boende	särskilt boende
	År	Hospice	korttidsboende	demensboende	sjukhemskaraktär
bokslut	2006	897 535	798 985	590 935	561 005
bokslut	2007	901 185	821 615	650 795	569 035
bokslut	2008	938 058	831 552	682 224	602 070

Följande kostnader ingår: Avdelningspersonal och övriga driftkostnader, fördelade kostnader för enhetens ledning och administration.

Följande kostnader ingår inte: Hyror, förvaltningsledning och central administration inom ÄHO, kostnader för nämnden.

Vårdkostnaden på Lidingö Hospice är högre jämfört med andra boenden inom stadens särskilda boenden.

9 platser på hospice kostar drygt 8,4 miljoner/ år. För motsvarande antal platser på en demensenhet är kostnaden drygt 6,1 miljoner/ år och för nivån sjukhemsboende drygt 5,4 miljoner/ år.

Skillnaden på kostnad per vård dygn på hospice jämfört med sjukhemsboende är 918 kr/vård dygn.

Oberoende av var inom stadens särskilda boendeformer eller oberoende av diagnos skall staden tillse att personer ges möjlighet att få god vård och omsorg. I detta ingår att ge en palliativ vård av hög kvalitet med allt vad det innebär av smärtlindring, omvårdnad och stöd till boende och dennes närstående.

8 Intervjuer

8.1 Lidingö Hospice personal

Mina intervjuer har gett mig intrycket att Lidingö Hospice har en trogen personal med lång erfarenhet, hög kompetens och med stor lojalitet mot brukare och närstående!

Många i personalen har arbetat länge på Lidingö Hospice och det finns en stark sammanhållning i gruppen. Personalgruppen består av undersköterskor och sjuksköterskor som arbetar i team och sjuksköterskorna deltar aktivt i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna har specialutbildningar inom ett flertal områden. Förutom fysisk omvårdnad ingår att ge stöd och tröst till brukare och deras närstående.

En öde ö på ön!

Från personalen på Hospice framkommer att man "känner sig som en stor sten i maskineriet" och att det finns ett ointresse från stadens chefer och ledare. De uppger att de sällan får information om beslut och planer. Samverkan sker inte med de övriga enheterna på Högsätra äldreboende eller med någon annan av stadens verksamhet.

Enligt personalen på Hospice och patientansvarig läkare (PAL) fungerar inte samarbetet med biståndsenheten inom staden på ett tillfredsställande sätt. Man anser att det har blivit ett sämre samarbetsklimat sedan hösten 2008, att det tar för lång från ansökan till beslut samt att man medvetet hindrad att patienter får vård. Tidigare kunde man få ett biståndsbeslut beviljat i efterhand och det var enklare för patienter att söka vård på hospice.

En tydlig bild är att man inte idag anser att man kan använda de resurser som finns på ett effektivt sätt samt att man inte vårdar de patienter på enheten som den var tänkt för d.v.s. patienter med cancerdiagnoser med behov av avancerad palliativ vård. Personalen upplever att man inte nu bedriver ett "Hospice" i egentlig mening. Tydligt är att det därmed finns en bemanning och en kompetens som inte används på ett effektivt sätt.

Bemanning

Det är en betydligt högre bemanning på Hospice jämfört med övriga särskilda boenden i staden Skillnaden är speciellt påtaglig när det gäller antalet sjuksköterskor. På hospice finns en täthet om 55 % sjuksköterska/boende jämfört med cirka 7 % sjuksköterska/boende på Högsätra äldreboende. Detta innebär att sjuksköterskorna på Högsätra äldreboende har nästan 8 gånger fler boende per sjuksköterska.

Riktlinjer och rutiner

På Hospice verkar man arbeta enligt egna regler och synes finnas någonstans mitt mellan emellan två huvudmän, landstinget och kommunen. Utifrån rapport från MAS från hennes besök 2009-10-26 i anslutning till den årliga apoteksgranskningen som utförs av Apoteket farmaci AB framkommer att man i vissa delar inte följer stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård bl.a. gällande läkemedelshantering och dokumentation.

Den generella ordinationslistan på läkemedel har inte delgivits MAS och saknar korrekt signatur. Omfattningen var därmed inte känd i kommunen före den årliga apoteksgranskningen. Vanligtvis är MAS alltid delaktig i utformningen och omfattningen av den generella listan.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det författningsreglerade ansvaret enligt HSL § 24. Den hälso- och sjukvård som bedrivs på Lidingö Hospice skall följa stadens riktlinjer, rutiner och direktiv som gäller för den hälso- och sjukvård/omvårdnad som utförs/bedrivs i verksamheten.

8.2 Biståndsbedömareheten

Biståndsbedömareheten fick ny organisation 2008 och då förstärktes även ledningsfunktionen. Ett vårdplaneringsteam infördes och handläggarna indelades geografiska ansvarsområden. I samband med detta uppmärksammades att ansökningar och beslut inte skedde enligt inriktningsbeslutet från 2005. I arbetet har man följt de lagar och föreskrifter som staden har att följa bl.a. kommunallagen, förvaltningslagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen etc. I dagsläget finns funktionsbeskrivningar och man har ärendedragningar som gör att man kan uppmärksamma komplicerade fall och tillse att handläggarna fattar likartade beslut.

I och med att man nu inom biståndsbedömareheten följer det beslut från 2005 angående inriktning och målgrupper för Lidingö Hospice har en begränsning skett när det gäller vilka som erbjudits platser.

I samtal med representanter från biståndsbedömareheten framkommer att verksamheten sedan en lång tid känt press från olika håll. De har att följa sitt uppdrag att utföra sitt arbete i enlighet med gällande lagar, förordningar och de riktlinjer som finns i staden samt att genomföra de av nämnden fattade besluten samtidigt som man från olika håll möts av motstånd och till och med aggressioner. Många inom biståndsbedömareheten mår dåligt av den situation som man nu befinner sig i.

Enligt uppgift finns det inom staden tillräckligt med platser för särskilt boende och korttidsboende utifrån stadens behov .

8.3 Verksamhetschef för Byle gård och chef inom ASiH- SiH Team Lidingö

I samtal med ASiH teamet samt med verksamhetschef på Byle gård framkommer att de inte har sett ett ökat behov av vårdplatser under senaste åren, bl.a. för att SLL har utökat antalet platser på andra ställen i Stockholmsområdet. Patienter inskrivna i ASiH har alltid förtur till plats på Byle gård men behovet av vårdplatser skiftar. Detta innebär att man under perioder har väntetider men att man ibland också kan ta emot patienter med kort varsel.

I intervju med verksamhetschef på Byle gård framkommer att patienter från Lidingö har önskemål om att få vård nära hemorten, d.v.s. på Lidingö. Att Lidingö Hospice har funnits har därför varit positivt för Lidingöborna.



9 Granskning av biståndsbeslut

Som en del i uppdraget har 17 biståndsbeslut från 2005 och 2006 samt cirka 50 % (7/15) av de biståndsbeslutbeslut som fattats under 2009 granskats. Alla beslut har avidentifierats före granskning. Biståndsbedömningarna och utredningarna som granskats följer en tydlig struktur där det framgår hur/vem, bakgrundsinformation, aktuell situation, målsättning, beslut samt hur uppdraget kommunicerats till utföraren.

Från åren 2005 och 2006 kan man se att de sökande haft ett större behov av avancerad vård och i något fall har en person vårdats länge på enheten, ända upp till ett år. I något fall har man dessutom flyttat från Byle gård till Lidingö Hospice, vilket kan vara relevant om personen endast har behov av basal vård men i detta fall var det nog faktiskt avancerad vård som behövdes.

Bedömningen är att man nu följer stadens arbetsformer och rutiner samt att beslut om vård på Lidingö Hospice har fattats i enlighet med överenskommelse mellan stad och landsting samt att man gett vård till de målgrupper som överenskommit.

I de ärenden som granskats kan noteras att tiden från ansökan till att man fått plats på hospice inte har ökat under 2009 om man jämför med 2005-2006, tvärtom har den minskat med cirka 1 dag.

10 Sammanfattning

Äldre och handikappnämnden beslutade den 2009-09-08 att genomföra en utvärdering av beslutet 2005-02-15, § 2.07 samt ge förslag till framtida utformning av verksamheten.

Denna rapport skall ge ett perspektiv på konsekvenser av tidigare beslut samt stadens ansvar gällande palliativ vård och vård i livets slut. Den kan även användas i det fortsatta arbetet med att utveckla kvalitet och tillgänglighet av vård och omsorg inom ramen för stadens uppdrag.

Stora delar av hälso- och sjukvården inriktas på att diagnostisera och behandla sjukdomar. En del i hälso- och sjukvårdens uppdrag är att också kunna ge palliativ vård när botande behandling inte längre är möjlig och/eller för den som i hög ålder närmar sig slutet av sitt liv.

Lidingö Hospice startade sin verksamhet under början av 90-talet på Lidingö sjukhem, d.v.s. under den tid som Stockholms läns landsting var huvudman för sjukhuset. I samband med Ädelreformen övertog staden ansvaret för verksamheten. 1993 beslutade nämnden att en förstärkning av sjuksköterskebemanningen på hospicet skulle göras. 1999 togs ett beslut om att flytta hospice från Lidingö sjukhem till det planerade nybygget på Högsätra äldreboende. Varken i beslutet från 1993 eller 1999 nämns termen "avancerad palliativ vård" utan man talar om hospice och hospiceprofilerad verksamhet. De som fick vård på Lidingö Hospice remitterades oftast från sjukhuset direkt, utan att någon biståndsansökan eller regelmässig bedömning gjordes innan man flyttade in (beslut kunde tas i efterhand).

En läkare kan remittera en patient till en annan sjukvårdsinrättning men inte på samma sätt till en kommunal verksamhet. En remiss från en läkare handlar om att överlåta ansvaret för sjukvården till en annan sjukvårdande enhet. För att få omsorg, service eller vård i kommunal regi krävs alltid en biståndsbedömning och ett biståndsbeslut.

Antalet personer som vårdades på Hospice blev under åren mindre och resursutnyttjandet blev lägre. I äldre och handikappnämndens förslag till budget för 2005 föreslogs därför en avveckling av hospiceverksamheten samt att de 9 platserna som verksamheten disponerades skulle användas till ordinarie äldreomsorg. Motivet var att verksamheten inte kunde sägas utgöra ett primärkommunalt ansvar och att staden behövde alla resurser till den obligatoriska äldreomsorgen. I samband med fullmäktiges behandling av budget beslutades att verksamheten skulle bli kvar inom staden under ytterligare två år.

Då kommunalt nämndsbeslut för verksamhetens inriktning saknades tog Äldre- och handikappnämnden ett beslut om att Lidingö Hospice målgruppen i första hand skulle vara cancerdiagnoser, i andra hand andra diagnoser och i tredje hand som korttidsplatser. Patienterna skall vara färdigutredda och utskrivningsklara från sjukhuset för fortsatt palliativ vård. Hospice skall kunna vara ett alternativ när patienter har behov av s.k. basal palliativ vård till skillnad från avancerad palliativ vård som bör ges inom ramen för sjukvården.

Det inriktningsbeslut som togs 2005 förankrades inte i verksamheten. Beslutet ledde inte heller till några faktiska åtgärder i syfte att förändra verksamhetens inriktning utan verksamheten har fram till 2008 fortgått som tidigare.

För att få plats på Lidingö Hospice krävs beslut från biståndsbedömaren. För patienter som vårdas inom ASIH (avancerad sjukvård i hemmet), för vilket landstinget är ansvarig, som kan komma att få akuta behov av inläggning kan biståndsbedömaren i förväg fatta vilande beslut.

Biståndsbedömarenheten fick ny organisation 2008 och då förstärktes även ledningsfunktionen. Ett vårdplaneringsteam infördes och handläggarna indelades geografiska ansvarsområden. I samband med detta uppmärksammades att ansökningar och beslut inte skedde enligt inriktningsbeslutet 2005. I arbetet har man följt de lagar och föreskrifter som staden har att följa bl.a. kommunallagen, förvaltningslagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen etc. I dagsläget finns funktionsbeskrivningar och man har ärendedragningar som gör att man kan uppmärksamma komplicerade fall och tillse att handläggarna fattar likartade beslut.

I enlighet med verksamhetens uppdrag följs sedan hösten 2008 äldre- och handikappnämndens beslut från 2005 gällande inriktning och målgrupper. I och med att man nu inom biståndsbedömarenheten följer det beslut som fattats angående inriktning och målgrupper för Lidingö Hospice har en begränsning skett när det gäller vilka som erbjudits platser.

Många i personalen mår dåligt av den situation man nu befinner sig i, både på biståndsbedömarenheten och ute i verksamheten.

I intervjuer med vårdpersonal framkommer att man helst vill ta emot personer med behov av avancerad palliativ vård, som det finns kompetens och erfarenhet av inom personalgruppen, men att personer med behov av avancerad vård inte längre beviljas plats på hospice. Verksamheten har en mycket hög bemanning jämfört med andra särskilda boenden inom staden.

I intervjuer med personal verksam inom hospice får man bilden av att personalen inte inlemmas eller låtit sig inlemmas i stadens verksamheter och att mål och uppdrag för stadens verksamhet varken genomsyrar rutiner eller arbetssätt.

Inom stadens verksamhet finns många äldre med skiftande behov. Alla dessa behöver någon gång få vård i livets slut. Behoven skiftar naturligtvis från fall till fall men många behöver under den sista tiden få extra omvårdnad och kanske smärtlindring. Närstående inom de särskilda boendena behöver också få stöd och hjälp. Detta innebär att man kan behöva insatser av erfarna sjuksköterskor med hög kompetens och erfarenhet av palliativ vård. I dagsläget finns stora skillnader på den vård som kan ges inom stadens särskilda boenden.

10.1 Tidigare beslut och hållpunkter:

- Lidingö Hospice "togs över" i samband med Ädelreformen. Verksamheten startades under tiden som Stockholms läns landsting var huvudman för verksamheten. Målgruppen var cancerpatienter i livets slutskede.

- 1999 beslutades att Hospice skulle flytta från Lidingö sjukhem till det planerade Högsåtra äldreboende
- 2005 togs Äldre- och handikappnämnden ett inriktningsbeslut om Lidingö Hospice som omfattar målgrupper samt verksamhetens inriktning.

Ett Hospice på Lidingö

Vid intervjuerna har det framkommit att Lidingöborna har framfört önskemål om att det skall finnas ett Hospice på Lidingö. Anledningen till detta önskemål är förståeligt, man vill lätt kunna besöka sina anhöriga. Tidigare har man varit hänvisade till Byle Gård i Täby, en resa på cirka 1 timme, med ett antal byten om man åker kommunalt. I enlighet med nuvarande vårdval Stockholm finns möjlighet att välja var man vill vårdas och man kan få vård även på andra enheter såsom t.ex. Stockholms sjukhem och Ersta. Det finns också möjlighet att få avancerad vård i hemmet, och inom de särskilda boendena, med stöd av ASiH.

Stockholms läns landsting ansvarar för avancerad vård och erbjuder särskilda vårdplatser för ändamålet. Detta framkommer av t.ex. uppdragsbeskrivning för ASiH. Kommunen ansvarar för basal palliativ vård. Genom sitt agerande har staden påtagit sig ansvar och kostnader för en verksamhet som normalt ligger under landstingets ansvar.

Landstinget har att planera och organisera sin verksamhet utifrån befolkningens behov och avancerad vård ligger inom landstingets ansvarsområde. Eftersom landstinget är en politiskt styrd organisation finns påverkansmöjligheter genom de folkvalda politikerna som styr över prioriteringar och resursfördelning.

10.2 Slutsatser

Om man inom staden skall bedriva avancerad palliativ vård måste man se vilket ansvar och vilka krav det ställs på stadens beslutsfattare och förvaltning.

Den situation som nu är i Lidingö stad innebär att olika professioner ställts mot varandra och den osäkerhet som detta medför innebär att medarbetare mår dåligt. Rättsäkerheten kräver att biståndshandläggare fattar beslut i och i enlighet med gällande lagar och föreskrifter och medicinskt ansvarig sjuksköterska har sina lagar och föreskrifter att följa. I dagsläget finns varken avtal, där ansvar för verksamheten finns beskrivet och det saknas rutiner för avancerad vård. Om verksamheten fortsättningsvis skall ge avancerad vård finns allvarliga risker gällande patientsäkerhet och man utsätter enskilda medarbetare för onödiga risker.

Om Lidingö Stad beslutar sig för att bedriva avancerad vård är det nödvändigt att nämnden förstår vilket ansvar man påtar sig. Avancerad vård ligger inom landstingets ansvar. I kommunallagen kap 2 anges att "Kommuner och landsting får själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan". Att påta sig ansvar för avancerad vård kan innebära att man överskrider gränsen för det kommunala ansvaret och man lägger ett större ansvar på kommunens tjänstemän än vad man har kompetens eller befogenheter för.

Att inom kommunen ta över ansvaret för avancerad vård innebär risker för Äldre och handikappnämnden eftersom nämnden har ett övergripande ansvar för den verksamhet som bedrivs i kommunen. Det är också tveksamt om MAS i en kommunal verksamhet kan ha ansvar för den medicinska kvaliteten i avancerad vårdverksamhet eftersom avancerad vård ligger inom landstingets ansvarsområde.

Det beslut som äldre och handikappnämnden fattade 2005-02-15 var till synes välmotiverat eftersom:

- Den verksamhet som startades på Lidingö Hospice i slutet av 1990 inte omfattas av ett primärkommunalt ansvar. Varken i beslutet från 1993 eller från 1999 anges "avancerad palliativ vård" utan man talar om hospice och hospiceprofilerad verksamhet. Tradition, bemanning och kompetens har dock inneburit att mer avancerad vård har kunnat ges.
- Det saknas avtal och tydliga beskrivningar av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.
- Det finns inga rutiner och riktlinjer för avancerad vård och personal får därmed ta ett onödigt stort ansvar och risker.
- Beläggningen på Hospice var låg då beslutet fattades men har ökat i och med att inriktningsmålen från 2005 följs.

Om staden fortsättningsvis skall bedriva avancerad vård ställs krav på att det skall finnas:

- Ansvarsbeskrivningar för olika huvudmän och befattningshavare.
- En tydlig definition om vilka som skall erbjudas vård inom staden.
- Avtal mellan staden och SLL när det gäller läkarmedverkan som även innebär tillgänglighet till läkare dygnet runt. I avancerad vårdverksamhet skall patienterna även ha tillgång till andra specialister såsom t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, kurator, präst.
- Riktlinjer inom kommunen för avancerad vård såsom t.ex. behandling med cytostatika, skötsel av centrala venkatetrar, blodtransfusioner etc.
- Avtal gällande medicinsk utrustning/teknisk apparatur som används inom avancerad vård som innefattar rutiner för underhåll, kontroll och förvaring.
- En bedömning av behov av platser för avancerad vård.

Hur skall den palliativa vården utvecklas:

- Det vore mycket oklokt att inte ta vara på det engagemang och den kompetens som finns på Lidingö Hospice. Förslagsvis skall personal erbjudas anställning som "kompetensutvecklare" i staden med uppdrag att utbilda personal i t.ex. omvårdnad, palliativ vård, bemötande och smärtlindring. De kan också tillföra erfarenhet genom att aktivt dela och handleda personal i den praktiska vården av svårt sjuka och döende. Detta skulle innebära att en större del av stadens äldre som vårdas inom de särskilda boendena kan ges en bättre vård.
- Kommunen skall kunna erbjuda god palliativ vård och vård i livets slut på lika villkor till alla som bor inom stadens särskilda boenden. Eftersom man arbetar i enlighet med kvarboendepincipen bör resurser kunna fördelas utifrån var behoven finns.

- Staden behöver ta fram strategier för vilken kompetens som behövs inom de särskilda boendeformerna. Detta innebär att man behöver tydliggöra krav på specialistkompetens vid rekrytering av sjuksköterskor och vårdpersonal samt ta fram en kompetensutvecklingsplan. Detta arbete bör prioriteras högt.

Förslag till framtida utformning för verksamheten:

- Verksamheten på Lidingö Hospice bör fortsättningsvis drivas som en palliativ enhet med förstärkt kompetens för att i första hand kunna ge en mer kvalificerad omvårdnad. Vid behov av mer avancerad vård kan verksamheten få stöd av ASiH. I andra hand används platser för multisjuka och i tredje hand för korttidsvård.
- Den kompetens som finns inom Lidingö Hospice skulle kunna vara en resurs inom kommunens alla särskilda boenden.
- Det är en mycket ojämn fördelning av kommunens resurser på kommunens särskilda boenden. För de målgrupper och med den inriktning som beslutades 2005 bör kompetens och resurser fördelas mer jämt och utifrån behoven.
- Ledning av kommunens korttidsboenden bör organisatoriskt samordnas så att en viss specialisering kan göras på de olika enheterna i staden. Detta skulle kunna innebära att de boende kan fördelas bättre utifrån inriktning och behov av resurser. T.ex. kan Hospice ha en inriktning mot palliativ vård.
- Lidingö Hospice måste inlemmas som en del av kommunens verksamhet. Man måste tydliggöra uppdrag och ansvar samt implementera de riktlinjer och rutiner som finns i kommunen.
- Nuvarande avtalet i staden gällande samverkan med läkare bör omfatta även Lidingö Hospice.

Trosa den

.....

Kerstin Karlstedt

Definitioner av palliativ vård

Definition av palliativ vård enligt WHO, 2002

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

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

Europarådets rekommendationer för palliativ vård

Den palliativa aktiviteten i Europa är kraftfull och Europarådet arbetade fram Rekommendationer för palliativ vård som samtliga av Europarådets då 45 länder inklusive Sverige skrev under. (Rekommendation Rec (2003) 24 av medlemsstaternas ministerkommitté till medlemsstaterna om organisation av palliativ vård). I dessa rekommendationer anges i deras vägledande principer att:

Palliativ vård ska vara baserad på av Europarådet föreslagna värderingar: mänskliga rättigheter och patientens rättigheter, mänsklig värdighet, socialt sammanhang, jämlikhet, solidaritet, köns lika möjligheter, deltagande och möjlighet att välja.

Nationellt perspektiv

Flera statliga utredningar har behandlat den palliativa vården. **Prioriteringsutredningens slutbetänkande "Vårdens svåra val"** SOU 1995:5 anger tre etiska principer som ska fungera som en plattform för prioriteringar i vården.

- Människovärdesprincipen – alla människor har samma värde och samma rättigheter.
- Behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder ska det finnas en rimlig relation mellan kostnad och effekt.



Palliativ vård och vård i livets slut ingår tillsammans med bl a vård av livshotande akuta sjukdomar i den högst prioriterade gruppen.

Kommittén för vård i livets slut har i sitt betänkande "*Döden angår oss alla – värdig vård i livets slut*" (SOU 2001:6) konstaterat att vården i livets slutskede har stora brister. Samtidigt konstateras att ett aktivt utvecklingsarbete bedrivs runt om i landet. Kommitténs huvudförslag är att människor i livets slutskede ska tillförsäkras en palliativ vård på lika villkor i hela landet.

I **Äldrevårdsutredningens** betänkande *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) är gränsdragningen mellan landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården inte enhetlig i landet, och det finns ett flertal varianter på lokala överenskommelser om ansvarsfördelningen.

Nationella rådet för palliativ vård bildades 2004 som är en nationell multiprofessionell organisation bestående av yrkesföreningar och nätverk som arbetar med palliativ vård. Rådets mål är att verka för en samordnad vård enligt WHO:s definitioner. Rådet skall sprida information till professionella och till allmänheten samt identifiera områden där palliativ vård behövs samt initiera förbättring.