

Nationella riktlinjer – Målnivåer

Palliativ vård i livets slutskede

Målnivåer för indikatorer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-10-22
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2017

Förord

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd. Det finns hittills målnivåer inom åtta riktlinjeområden.

Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

Projektledare för arbetet har varit Christina Broman. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Mikael Nyman och Riitta Sorsa. Externa experter har varit Greger Fransson, Carl Johan Fürst, Inger Landgren, Susanne Lind och Ulla Olsson. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, huvudmannaföreträdare och representanter för berörda organisationer arbetat med att ta fram målnivåförslagen som Socialstyrelsen sedan fastställt. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	8
Socialstyrelsens nationella målnivåer	13
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan (indikator A)	14
Smärtskattning under sista levnadsveckan (indikator B1)	17
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan (indikator C)	20
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan (indikator D)	23
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan(indikator E)	26
Brytpunktssamtal (indikator F)	29
Referenser	32
Bilaga 1. Deltagarförteckning	33

Sammanfattning

Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården i livets slutskede visade att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna, där vården och omsorgen behöver lägga ytterligare kraft för att i ännu högre grad följa det nationella kunskapsstödet kompletterat med det nationella vårdprogrammet som ska utgöra en gemensam grund för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede.

Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede. De målnivåer som tas fram utgår från dessa indikatorer och syftar till att vara ett stöd för landstingens, regionernas och kommunernas förbättringsarbete.

Socialstyrelsens expertgrupp har gjort ett urval av indikatorerna, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Arbetet har bedrivits i ett konsensusförfarande med medicinska experter, företrädare för huvudmännen samt andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund.

Konsensusgruppen har diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån de befintliga underlagen. Efter genomfört arbete har Socialstyrelsen fastställt följande nationella målnivåer:

Tabell 1. Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede

Indikator	Målnivå*
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100 %
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Brytpunktssamtal	≥ 98 %

*Målnivå på gruppnivå.

Målnivåerna som fastställts i denna rapport har en hög nivå och det kan ta tid för hälso- och sjukvården att nå upp till dem. Av den anledningen kan det vara lämpligt att landstingen, regionerna och kommunerna sätter upp egna delmål för att nå de eftersträvarvärda målen.

Förutsättningar för arbetet med målnivåer

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård i enighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete även på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

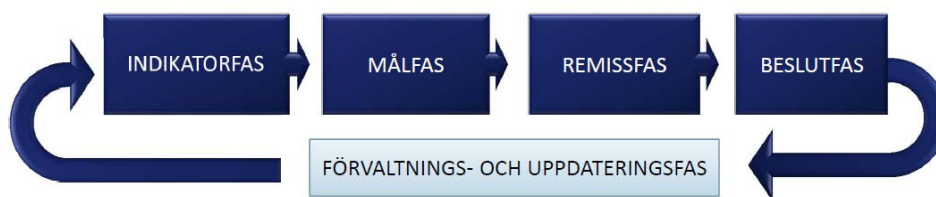
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna för det aktuella området. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel.

Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjprocessen alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag. Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från landsting, regioner och från kommuner, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörda organisationer.

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delphi-process i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delphi-processen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) och expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag. Därefter sammanställs resultaten och kommentarerna från första omgången, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Var och en har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultatet från den andra omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar och expertgruppens förslag, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Konsensusmötet målnivåer för palliativ vård i livets slutskede genomfördes den 2 maj 2017. Underlaget för diskussionen utgjordes av resultatet från Delphi-processen via webbenkät.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårapporten palliativ vård i livets slutskede är landsting, regioner och kommuner, berörda specialitetsföreningar samt patientföreningar.

Beslutsfas

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger landstingen, regionerna och i relevanta fall även kommunerna tydliga, mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom landstingen, regionerna eller kommunerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet samt i utvärderingar av följsamheten till riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting, regioner och kommuner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting, regioner och kommuner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och

ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kommer att ta tid för hälso- och sjukvården att nå upp till de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att landstingen och regionerna tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från landstinget respektive regionen. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckligt. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När ett landsting eller region kopplar målnivåer för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade behandlingen kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en viss grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det är endast denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden. Även andra patientgrupper kan dra nytta av den.

Vid redovisningar av öppna jämförelser och utvärderingar av landstingens och regionernas följsamhet till nationella riktlinjer betraktas detta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna som ingår i uppdraget från den indikatorlista som ingår i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede från 2013 [1]. Indikatorerna har omarbetats i samband med utvärderingen av den palliativa vården från 2016 [2].

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning. I samband med att Socialstyrelsen fastställer målnivåer blir det mer aktuellt att tydliggöra vilka indikatorer som bör bli föremål för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar, och vilka som speglar processer som de berörda professionerna kan påverka direkt i det dagliga arbetet. Socialstyrelsen har försökt förtydliga detta ytterligare genom att för varje målsatt indikator ange om den lämpar sig bäst som stöd till styrning och ledning eller som professionsinriktad indikator. I vissa fall är indikatorn lika viktig ur båda aspekterna.

Om målnivåerna

Målnivåerna som fastställts i denna rapport har en hög nivå i förhållande till de resultat som många landsting, regioner och kommuner presterar idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan landstingen, regionerna och kommunerna själva ta fram delmål för att nå det eftersträvarvärda målet. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsen bedömning att en uppföljning och översyn av målnivåerna bör ske två till fyra år efter införandet beroende på indikator

Datakällor

Data har hämtats från Svenska palliativregistret [3]. Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att hälso- och sjukvården arbetar för en mer heltäckande registrering, en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens nationella målnivåer för de indikatorer som i nuläget bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer samt motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn med täljare och nämnare angiven
- Socialstyrelsens fastställda nationella målnivå, inklusive en motivering
- redovisning av hur målnivån förhåller sig till senaste tillgängliga resultat på länsnivå (landsting och kommuner).

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan (indikator A)

Indikatorn visar andelen patienter där en dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Att ha kontroll på munhälsa i livets slutskede är betydelsefullt. Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten. Många patienter i livets slutskede har läkemedel som påverkar munhälsan och behöver av det skälet få en munhälsobedömning.

Munhälsa vid långdragen palliativ vård, till exempel vid demens, är troligen eftersatt eftersom vårdpersonalen tror att patienten klarar munvården själv. I ett sent skede av ett sjukdomsförlopp kan det vara mer uppenbart att patienten behöver hjälp med munvården. I båda fallen kan det vara så att patienten själv inte kan be om hjälp med den munvård som behövs. En kartläggning av patientens munhälsostatus är utgångspunkten för att kunna ge den munvård som behövs, vilket även tas upp i det nationella kunskapsstödet [1]. För att kunna göra detta systematiskt kan man använda sig av ett strukturerat bedömningsstöd, exempelvis ROAG (Revised Oral Assessment Guide). I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård finns behandlingsrekommendationer [4]. Denna indikator är ett processmått med utgångspunkt i ett flertal rekommendationer. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och för vilka en dokumenterad munhälsobedömning registrerats under sista levnadsveckan. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Syftet med denna indikator är i första hand att under sista levnadsveckan titta patienten i munnen för att kunna avhjälpa de problem med till exempel torra och spruckna läppar, muntorrhet, smärtande slemhinneförändringar, tandproblem eller infektioner som lätt uppstår i detta skede. Ett bra bedömningsinstrument för detta är ROAG, men det är systematiken som är kravet och inte användningen av ett särskilt instrument. Det saknas fortfarande på många

vårdenheter en enhetsgemensam rutin för hur denna bedömning ska dokumenteras vilket gör att informationen kan vara svår att hitta när man ska rapportera indikatorn.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Munhälsobedömning under sista levnadsveckan* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

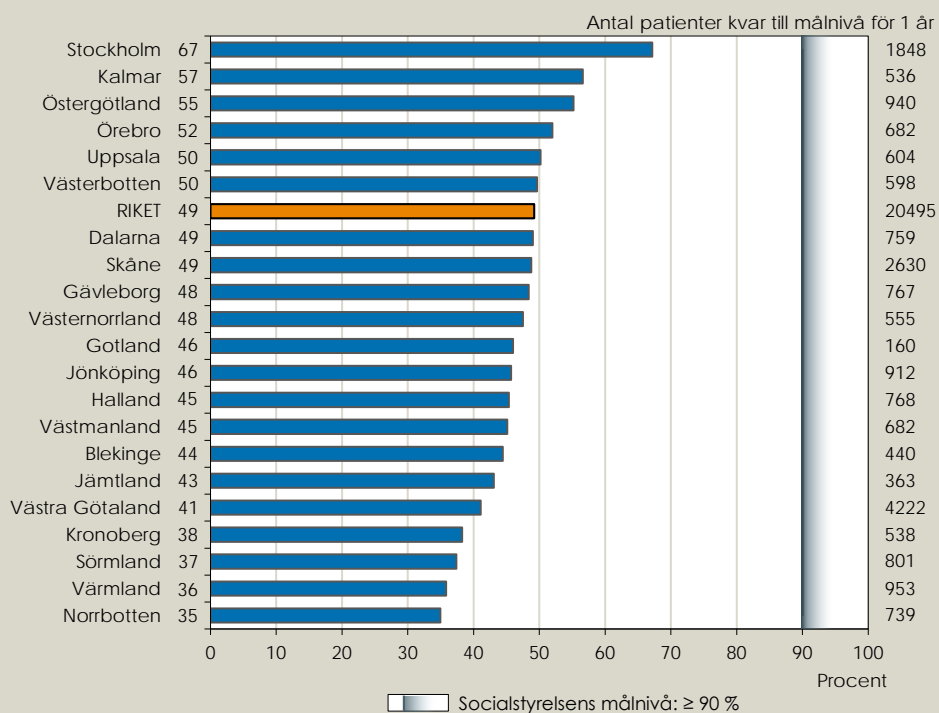
Patienter i palliativ vård har ett stort behov av vård, och problem i munnen kan kraftigt påverka livskvaliteten. En munhälsobedömning är en förutsättning för att kunna identifiera problem och sjukdomar i munslemhinnan, i tänderna och i tandköttet. Munnen ingår som självklar del av kroppen och munvård ingår i den palliativa vårdens helhetsperspektiv.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla patienter i behov av palliativ vård i livets slutskede bör få en munhälsobedömning genomförd. Samtidigt kan det finnas patienter som av olika anledningar inte kan eller vill genomgå en munhälsobedömning, varför inte målnivån kan vara 100 procent. Målnivån bör ses över och omprövas inom fyra år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå

Diagram A. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Andel patienter som genomgått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan, år 2016.



Källa: Svenska palliativregistret.

Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 20 500 personer i behov av palliativ vård bör ha genomgått en munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

Smärtskattning under sista levnadsveckan (indikator B1)

Indikatorn visar andelen patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Smärta är ett vanligt förekommande symptom i livets slutskede. Smärta kan vara komplex med inslag av både fysiska, psykiska, sociala och existentiella orsaker. Ett systematiskt och kontinuerligt arbete med smärtanalys, smärtskattning och behandling i samråd med patienten och de närstående är grundläggande för en god smärtlindring. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. För att i tid uppmärksamma och därmed minimera smärtupplevelsen för patienten i palliativ vård krävs ett arbete med systematisk smärtskattning. Där så är möjligt bör ett validerat smärtskattningsinstrument användas. I livets slutskede är det vanligt att personen inte är i stånd att svara och då bör ett skattningsinstrument som är avsett för personal eller närstående användas för smärtskattningen. Det är viktigt att alltid göra en klinisk bedömning för att minimera risken för obehandlad smärta.

Rekommendationen har fått hög prioritet i det nationella kunskapsstödet (prioritet 2 av 10). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och för vilka smärtskattning registrerats under sista levnadsveckan. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Syftet med denna indikator är att spegla hälso- och sjukvårdens förmåga att upptäcka och behandla smärttillstånd under den sista levnadsveckan oavsett om patienten själv inte uttrycker smärtupplevelsen i ord, om patienten tror att det hör till tillståndet eller saknar förmåga att uttrycka sig. Det finns skattningsskalor för båda grupperna. Det saknas fortfarande tillräcklig kunskap om hur dessa kan användas varför en viss underrapportering förekommer. Det saknas ofta rutiner för enhetsgemensam dokumentation av skattningen vilket försvårar inrapporteringen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Smärtskattning under sista levnadsveckan* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till 100 procent.

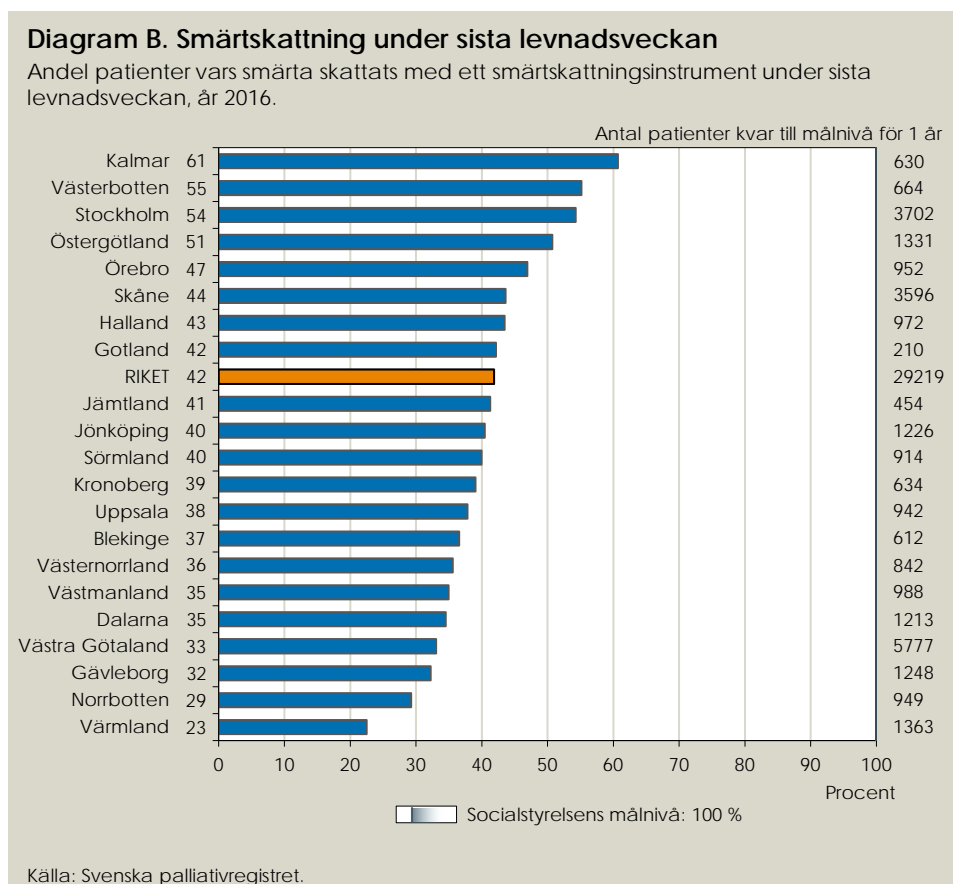
Motivering till målnivån

Smärtskattning bör göras på alla patienter i livets slutskede, även under den sista veckan i livet. Det innebär att en rutin måste finnas för regelbunden skattning av smärta (och andra symtom) för att få ett patientrapporterat eller personalrapporterat underlag (så kallad proxyskattning) för att optimera smärt- och symtomlindring.

För att i tid uppmärksamma och därmed minimera smärtupplevelsen för patienten i palliativ vård krävs ett arbete med systematisk smärtskattning. Där så är möjligt bör ett smärtskattningsinstrument användas, även när personen inte är i stånd att svara vilket kan vara vanligt under sista levnadsveckan. Det är viktigt att alltid också göra en klinisk bedömning för att minimera risken för obehandlad smärta.

Socialstyrelsen bedömer att smärtskattning bör göras på alla patienter i behov av palliativ vård i livets slutskede. Målnivån bör ses över och omprövas inom fyra år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå



Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på 100 procent att ytterligare cirka 29 200 personer i behov av palliativ vård bör ha smärtskattats under sista levnadsveckan.

Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan (indikator C)

Indikatorn visar andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara opioider mot smärta under sista levnadsveckan.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

När sjukdomen och tillståndet för personer i behov av palliativ vård har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas ska vissa medicinska och omvårdnadsmissiga åtgärder vidtas. Smärta och smärtgenombrott är vanligt förekommande hos patienter i livets slutskede oavsett diagnos. Det ska därför finnas lämpliga läkemedelsordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen ska vara i injektionsform för att få snabbast möjliga effekt då personer i livets slutskede har försämrad mag-tarmfunktion. De generella ordinationer som ofta finns för akuta tillstånd på en vårdenheter tar inte hänsyn till patientens totala läkemedelssituation och tillstånd varför ordinationen måste vara individuell för att ge optimal effekt. Det är också viktigt att det finns rutiner kring läkemedelsordination och kompetens att utföra behandlingen. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och hade en vidbehovsordination av injicerbar opioid mot smärta när de avled. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn ska spegla att en individuell ordination av injicerbara starka opioider vid genombrottssmärta finns före dödsfallet. Detta kan inte ersättas med generella ordinationer eftersom doseringen är just individuell. Inom framför allt den kommunala hälso- och sjukvården är personalen beroende av att läkarordinationer av läkemedel finns tillgängliga hela tiden, vilket inte alltid är fallet.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent.

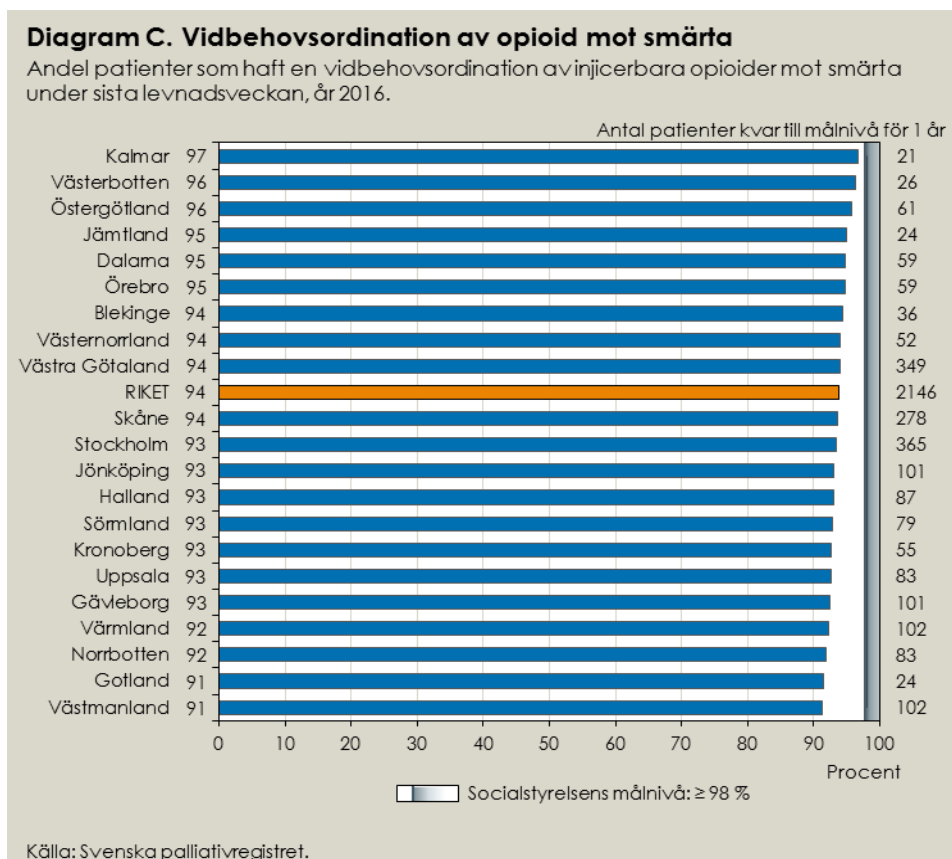
Motivering till målnivån

Det är viktigt att personer i behov av palliativ vård i livets slutskede får effektiv smärt- och symtomlindrande behandling. Smärtskattning ska göras på alla patienter i livets slutskede för att ge ett underlag för en riktig bedömning av smärtsituationen. Läkemedelsordinationen ska vara individuellt anpassad.

En läkemedelsordination av injicerbar opioid vid behov till dessa patienter är en förutsättning för att den ansvariga sjuksköterskan ska kunna ge läkemedlet till patienter med smärta utan dröjsmål.

Patienter i behov av palliativ vård bör ha haft en vidbehovsordination av injicerbara opioder mot smärta under sista levnadsveckan. Av den anledningen är målnivån högt satt. Det finns dock ett antal patienter som av olika anledningar inte bör ordinerars opioder, varför målnivån inte kan vara 100 procent. Ett exempel på tillfälle då opioid inte bör ordinerars kan vara att patienten själv tydligt motsatt sig ordinationen. Målnivån bör ses över och omprövas inom fyra år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå



Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 2 100 personer i behov av palliativ vård bör ha haft en vidbehandlingsordination av injicerbara opioider mot smärta under sista levnadsveckan.

Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan (indikator D)

Indikatorn visar andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Förekomst av ångest är vanligt oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Om oro övergår i ångest som framkallar starka psykiska och fysiska symtom, ska behandling till personer i palliativ vård i livets slutskede erbjudas. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt. Därför ska relevanta läkemedel kunna ges vid behov, oavsett när behovet uppstår. Det är dock viktigt att behandlingsindikationen är ångest och inte förvirringstillstånd eftersom ångestdämpande läkemedel kan förvärra förvirringstillstånd. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och hade vidbehovsordination av injicerbara ångestdämpande läkemedel under sista veckan före dödsfallet. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn ska spegla att en individuell ordination av injicerbart läkemedel mot ångest finns före dödsfallet. Den individuella ordinationen kan inte ersättas med generella ordinationer eftersom doseringen är individuell. Inom framför allt den kommunala hälso- och sjukvården är personalen beroende av att läkarordinationer av läkemedel finns tillgängliga hela tiden, vilket inte alltid är fallet.

Socialstyrelsens nationella målnivå

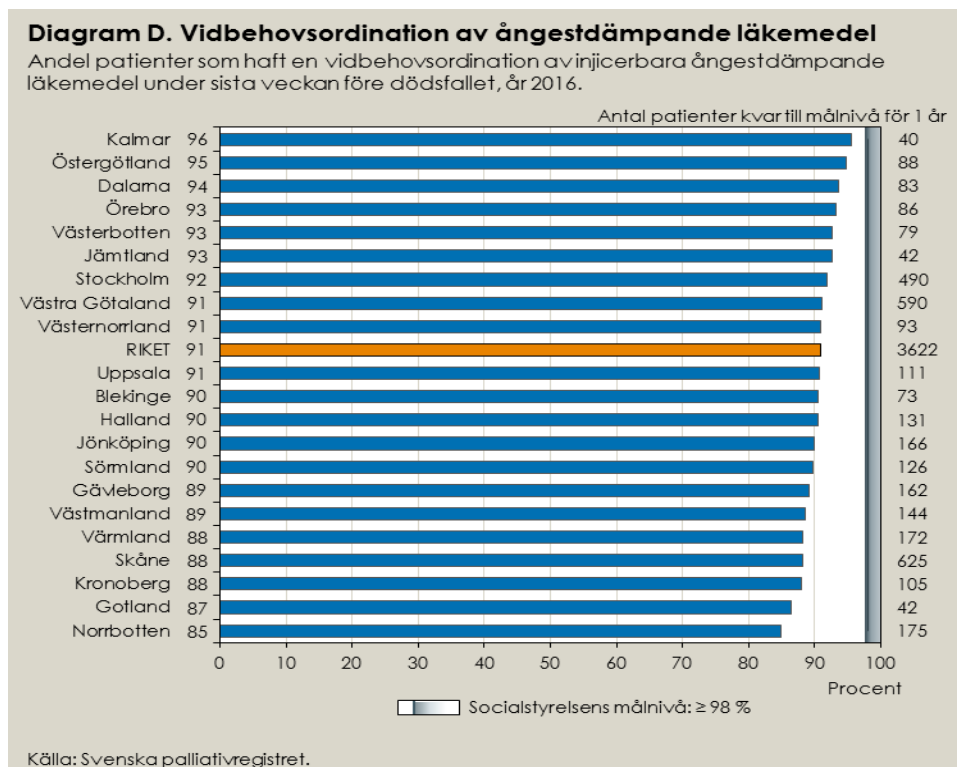
För indikatorn *Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel under sista levnadsveckan* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent.

Motivering till målnivån

För indikatorn finns inget angivet specificerat läkemedel mot ångest. I de flesta fall för patienter som är svårt sjuka eller de som befinner sig i livets slutskede ordinerar bensodiazepin (exempelvis, midazolam eller diazepam) för parenteralt bruk. Indikationen ”ångest och oro till patienten som bedöms vara svårt sjuka eller de som befinner sig i livets slutskede” finns inte angiven i FASS. Rekommendationen är baserad på bred klinisk erfarenhet nationellt och internationellt.

Patienter i behov av palliativ vård bör ha haft en vidbehovsordination av injicerbara ångstdämpande läkemedel under sista levnadsveckan. Av den anledningen är målnivån högt satt. Det finns dock ett antal patienter som av olika anledningar inte bör få ångstdämpande läkemedel, varför målnivån inte kan vara 100 procent. Exempel kan vara sällsynta tillfällen av läkemedelsinteraktioner, allergier eller tidigare toleransutveckling. Målnivån bör ses över och omprövas inom fyra år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå



Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 3 600 personer i behov av palliativ vård bör ha haft en vidbehovsordination av injicerbara ångstdämpande läkemedel under sista levnadsveckan.

Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan(indikator E)

Indikatorn visar andelen patienter utan förekomst av trycksår av grad 2–4 vid dödstillfället.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer i livets slutskede har ofta nedsatt rörlighet och löper därför en stor risk att utveckla trycksår. Trycksår kan försämra livskvaliteten kraftigt den sista tiden i livet. För att undvika detta är det av stor vikt att en tryckavlastande madrass förskrivs i tidigt skede. Trots tryckavlastande madrass kan patienten när döden är nära drabbas av trycksår, till följd av att blodcirkulationen försämras. Patienter bör då inte utsättas för onödiga förflyttningar och lägesändringar. För att minska patientens lidande ska alltid en adekvat smärtlindring vara ordinerad. Att mäta förekomsten av trycksår är en förutsättning för att kunna sätta in åtgärder vid behov och en viktig del i ett arbete för säker och god omvårdnad. Förekomst av trycksår registreras i Svenska palliativregistret vid dödsfall enligt en fyrgradig skala, där grad 2, 3 och 4 är de nivåer som ingår i indikatorn [3]. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och som var utan förekomst av trycksår av grad 2–4. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

För att säkerställa en likartad bedömning av trycksår används idag den modifierade Nortonskalan i merparten av landet. Ovana att använda skalan kan medföra risk att göra fel gradering. Det finns också andra skalor som används. Hos en patient med flera trycksår ska det svåraste rapporteras men alla sår är inte lätt åtkomliga för inspektion.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

I både landstingens och regionernas samt kommunernas verksamheter pågår arbete med säker omvårdnad för att förebygga trycksår.

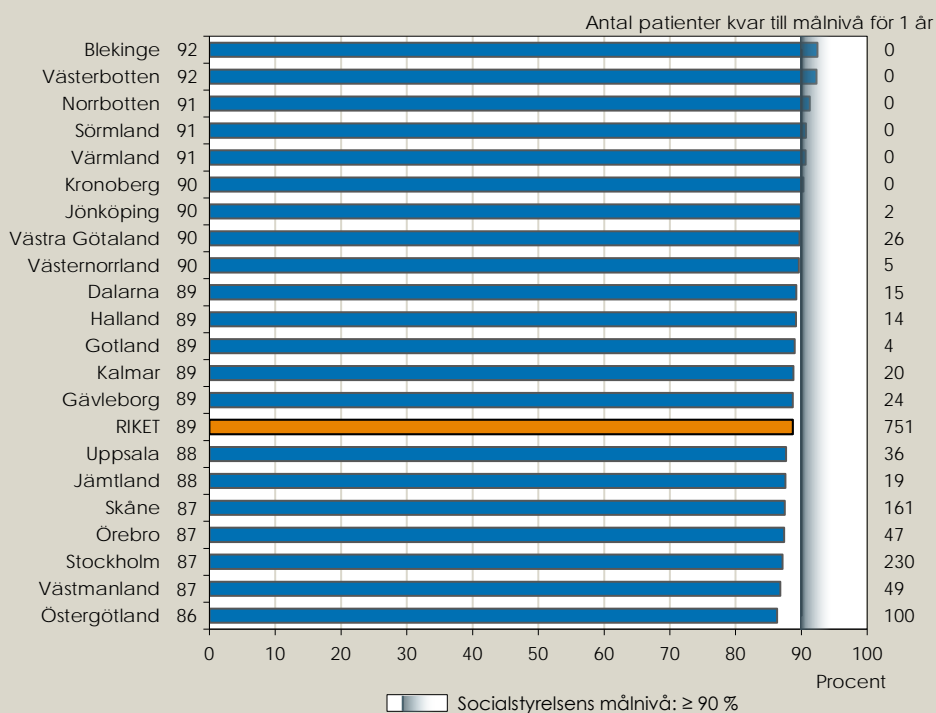
Vid livets slut är fokus i vården på att patienten ska ges en god omvårdnad. Rimligen borde alla patienter i behov av palliativ vård vara utan förekomst av trycksår.

Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 90 procent är realistisk, då vården utgår från patientens behov och då är frånvaro av trycksår inte det primära. Vården ska istället inriktas på rimlig symtomlindring och omvårdnad. Detta har beaktats i målnivån, men det finns anledning att se över och ompröva den inom fyra år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå

Diagram E. Utan förekomst av trycksår

Andel patienter utan förekomst av trycksår av grad 2-4 vid dödstillfället, år 2016.



Källa: Svenska palliativregistret.

Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 750 personer i behov av palliativ vård bör vara utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan.

Brytpunktssamtal (indikator F)

Indikatorn visar andelen patienter där dödsfallet var väntat av vården och där patienten eller dennes närstående fått möjlighet till brytpunktssamtal, det vill säga individuellt anpassade läkarledda samtal om vårdens inriktning och mål i livets slutskede.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patienten och de närstående informeras om att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling oftast inte längre är verksam och vården övergår till palliativ vård i livets slutskede.

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

Denna indikator är ett processmått med utgångspunkt i rekommendation 3 – Samtal med patienten om vårdens inriktning och mål i livets slutskede. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella kunskapsstödet (prioritet 1 av 10). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i Svenska palliativregistret och som fått möjlighet till brytpunktssamtal. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i Svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Datakälla: Svenska palliativregistret.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn ska visa att den ansvariga läkaren har erbjudit och dokumenterat samtal (med patienten när denne kan delta i ett sådant samtal eller med närstående när så inte är fallet) om att den medicinska bedömningen innebär att vården fokuseras på palliativ vård i livets slut. Här ingår inte samtal som inte har dokumenterats eller samtal som har genomförts av sjuksköterska på särskilt boende.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *Brytpunktssamtal* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent.

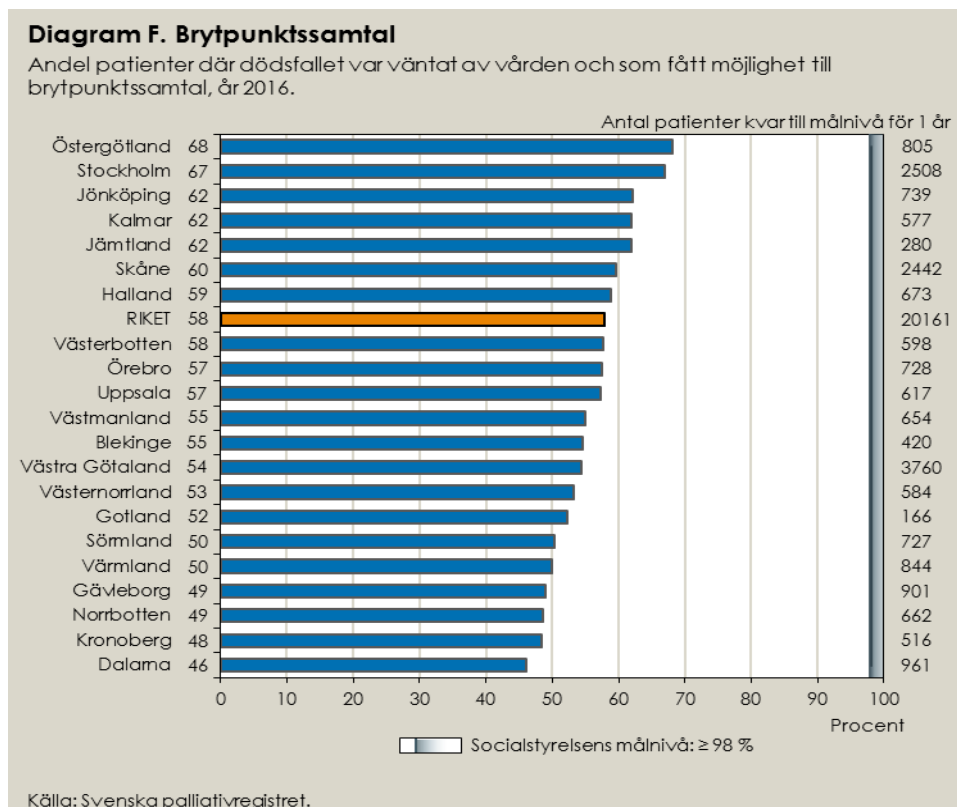
Motivering till målnivån

Brytpunktssamtal kan vara utmanande för patienten, de närstående och vården, men en god kvalitet i kommunikationen om prognos och vård i livets slutskede kan förebygga oro och missförstånd, samt förbättra livskvaliteten för patienten. Av den anledningen är det viktigt att vården gör en så kallad brytpunktbedömning och planerar för brytpunktssamtal.

En viktig aspekt av stödet och vården i livets slutskede är att den enskilde är väl informerad om sin situation. Att vara informerad har ett värde i sig och ger personen i palliativ vård möjlighet att själv fatta självständiga beslut om hur han eller hon vill ha det under den sista tiden. Det kan handla om att bestämma var man ska dö samt hinna träffa och ta farväl av sina närstående. Alla patienter vill inte veta allt, åtminstone inte vid första samtalet. Vissa patienter har tappat sin förmåga att aktivt delta i diskussioner om den fortsatta vården. Då är det lika viktigt att dialogen förs med den sjukes närstående.

Socialstyrelsen bedömer att i princip bör alla patienter i behov av palliativ vård i livets slut ha fått möjlighet till brytpunktssamtal, men det kan finnas patienter som av synnerliga skäl inte kan eller bör erbjudas denna information. Detta har beaktats i målnivån, men det finns anledning att se över och ompröva den inom två år.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå



Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 20 200 personer i behov av palliativ vård i livets slut bör ha fått möjlighet till brytpunktssamtal.

Referenser

1. Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Palliativ vård i livets slutskede: Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
3. Svenska palliativregistret, www.palliativ.se.
4. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016. Ansvarigt regionalt cancercentrum: Stockholm Gotland; 2016.

Bilaga 1. Deltagarförteckning

Helena Adlitzer, Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Britt Ahl, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Anders Birr, Svensk förening för palliativ medicin
Christina Broman, Socialstyrelsen
Gösta Bucht, SPF Seniorerna
Gunnar Carlgren, Svensk förening för allmänmedicin
Ulrica Dahlstrand, Huvudmannaföreträdare kommun (Stockholms län)
Sofia Dettman, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Jessica Eriksson, Sydöstra sjukvårdsregionen
Greger Fransson, Socialstyrelsens expertgrupp palliativ vård. Svenska palliativregistret
Inger Fridegren, Nationella rådet för palliativ vård
Magdalena Fritzon, Huvudmannaföreträdare kommun (Jönköpings län)
Carl Johan Fürst, Socialstyrelsens expertgrupp palliativ vård. Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne
Marie Hultman, Huvudmannaföreträdare kommun (Västra Götalands län)
Maria Kybjär, Huvudmannaföreträdare kommun (Jönköpings län)
Inger Landgren, Socialstyrelsens expertgrupp palliativ vård. Slottsgatans hälsocentral, Oskarshamn
Chariklia Lempessi, Svensk internmedicinsk förening
Eva Lidman, Huvudmannaföreträdare kommun (Västra Götalands län)
Susanne Lind, Socialstyrelsens expertgrupp palliativ vård. Ersta Sköndal Bräcke högskola
Magnus Loman, Huvudmannaföreträdare kommun (Västmanlands län)
Karin Lundberg, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Elisabeth Löfdahl, Västra sjukvårdsregionen
Ingela Mindemark, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Huvudmannaföreträdare kommun (Södermanlands län)
Carola Nordin, Huvudmannaföreträdare kommun (Västernorrlands län)
Mikael Nyman, Socialstyrelsen
Ulla Olsson, Socialstyrelsens expertgrupp palliativ vård. Ordförande Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor
Lovisa Parlenvi, Huvudmannaföreträdare kommun (Västra Götalands län)
Johan Philipsson, Norra sjukvårdsregionen
Susanne Plate, Svensk kirurgisk förening
Margareta Randén, Svensk onkologisk förening
Arne Sjöberg, Svensk geriatrisk förening
Peter Strang Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Riitta Sorsa, Socialstyrelsen
Mona Sofie Wallinder, Norra sjukvårdsregionen
Ingrid Vesterberg, Södra sjukvårdsregionen
Hanna Österholm, Svensk sjuksköterskeförening och sjuksköterskor för palliativ omvårdnad