Palliativ vård i SÄBO

Slutrapport oktober 2011

Stockholms läns landsting

PViS

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

Författare
Christina Riddebäck är legitimerad sjuksköterska och projektledare för det sammanhållna projektet, Palliativ Vård i SÄBO. Christina har lång erfarenhet som distriktssköterska och som ledare inom palliativ vård och vård av äldre.

Lars Sonde är medarbetare vid FOU nu och har haft ansvaret för sammanställningen av denna rapport.

Fotografier: Yanan Li, FOU nu
Produktion, kreativ partner: www.grawe.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 5

Inledning 7

Bakgrund 9

- Att se människan vid livets slut 9
- Vård i livets slutskede - palliativ vård 9
- Vad säger lagen? 10
- Europarådets rekommendation om organiseringen av palliativ vård 12
- Varför kom projektet till? 12
- Palliativa projektets syfte och målsättning 13
- Projektförloppet i korthet 14

PVIS 17

- Projektet initieras 17
- Projektets organisation 18
- Utvärdering 18
- Arbetet ute i verksamheterna 18
- Hemsidan 19

Genomförda utbildningsmodeller 21

- Utbildningsmodell A: Utbildning av Palliativa Ombud 21
  - Resultat 22
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell A: Solna, Järfälla, Upplands-Bro 22
- Utbildningsmodell B: Gruppundervisning i olika yrkesgrupper 25
  - Resultatsammanfattning 25
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell B: Nacka 26
- Utbildningsmodell C: Föreläsningar om LCP 29
  - Resultatsammanfattning 29
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell C: Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm 30
- Utbildningsmodell D: Trestegsmodel i Palliativ vårdfilosofi 33
  - Resultatsammanfattning 33
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell D: Täby, Österåker 34
- Utbildningsmodell E: Tvärdisciplinära storföreläsningar och gruppsamtal 37
  - Resultatsammanfattning 37
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell E: Sollentuna 38
- Utbildningsmodell F: Arbetsplatsförlagd utbildning i tvärprofessionella team 41
  - Resultatsammanfattning 41
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell F: Haninge 42
- Utbildningsmodell G: Föreläsningar och reflekterande samtal 45
  - Resultatsammanfattning 45
  - Resultatsammanställning utbildningsmodell G: Södermalm 46

Andra aktiviteter inom ramen för PVIS 47

- Utbildningsmaterial i Palliativ vård för personal som arbetar på vård och omsorgsboende 47

Konferenser 48
Avslutningsord 49
Projektets möjligheter och hinder 49
Möjligheter 49
Hinder 49
Avslutande ord från huvudprojektledaren 50
Förkortningar och begrepp 51
Författarpresentation 53
Referenser 55

Sammanfattning

Våren 2007 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) inom Stockholms läns landsting in en ansökan till Socialstyrelsen om stimulansmedel till kommuner och landsting för att samverka kring insatser inom vård och omsorg för äldre. I ansökan söktes medel för utbildningsinsatser för samtliga personalgrupper inom vård- och omsorgsboenden för äldre (tidigare benämnt särskilt boende för äldre, SÄBO, nu vård och omsorgsboende, VoB). Ansökan beviljades och medel tilldelades Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning för projektet. Projektet antog arbetsnamnet Palliativ vård i SÄBO (PVIS) och en omfattande utbildningssatsning genomfördes för medarbetare inom vård- och omsorgsboenden i Stockholms län under åren 2008 till 2011. I följande rapport beskrivs bakgrunden till projektet, genomförandet av och innehållet i utbildningarna samt de involverade delprojektledarnas erfarenheter från projektet. En utvärdering av projektets effekter redovisas i andra delen av denna rapport.

Åtta kommuner och fyra stadsdelar i Stockholms Stad deltog i projektet. De delades in i sju områden där olika utbildningsmodeller genomfördes. Initialt skrevs lokala projektplaner i samarbete mellan kommunerna och de landstingsföreträdare som skulle ansvara för utbildningarna i de olika områdena (ASiH-enheter och Stockholms sjukhem). De modeller för utbildning och konsultationsstöd som togs fram anpassades efter lokala förutsättningar och utvecklades i dialog och i möten mellan delprojektledarna i respektive område och personal från vård- och omsorgsboende samt personal från ASiH.

Sammanlagt 2 772 anställda vid 74 äldreboenden deltog i utbildningsinsatserna under projekttiden. Målgruppen för utbildningsmodellerna var vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkare inom kommunernas äldreomsorg. Utbildningsmodellernas struktur och innehåll varierade. En utbildningsmodell hade fokus på att utbilda palliativa ombud medan andra satsade på lokalt utarbetade vårdprogram omfattande all personal. Två utbildningsmodeller valde att implementera Liverpool Care Pathway (LCP), som är ett standardiserat vårdprogram för de sista dygnen/veckan i livet.

Utbildningsavsnitt som utgår från den palliativa vårdens fyra hörnstenar; symptomlindring, kommunikation, närståendestöd och teamarbete har varit grunden i utbildningarna. Både föreläsningar och handledning och reflektion i mindre grupper har använts.

I sex av de sju utbildningsmodellerna har ASiH erbjudit en konsultfunktion för personalen inom VoB men den användes sällan.

De möjligheter (framgångsfaktorer) som delprojektledarna lyfte fram kan sammanfattas i; personalens entusiasm, samarbetet med kommunens tjänstemän samt de olika instrument som användes för att strukturera omvårdnadsarbetet. Hindren de såg kan sammanfattas i huvudaktörernas organisation samt bristen på information, kommunikation och tid.

Inledning

Vi vet idag att det har skett en dramatisk förändring av befolkningens medellivslängd som bland annat kan relateras till förbättrade hälso- och sjukvårdsinsatser. Enligt WHO´s beräkningar kommer andelen individer över 65 år att öka kraftigt i framtiden[1]. Detta medföljer att vi inom ett par årtionden kommer att ha en förväntad förlängd livslängd på mellan 12-22 år för personer över 65 år. I och med den förväntade ökade livslängden kommer troligen fler äldre personer leva den sista tiden med fler sjukdomar och drabbas av långvarig sjukdom vilket leder till behov av professionellt omhändertagande i livets slutskede, det vill säga palliativ vård.

Ett professionellt omhändertagande innebär att den omsorgspersonal som idag arbetar på VoB behöver ha kunskap om döendets process men också kunskap om och förståelse för att ge stöd och trygghet till den döende äldre personen och dess anhöriga.

Syftet med den här rapporten var att presentera den omfattande utbildningssatsning - Palliativ vård i SÄBO - som genomfördes för vård- och omsorgspersonal i Stockholms län under åren 2008 till 2011. Rapporten beskriver bakgrunden till projektet och de olika utbildningsmodeller som prövades, genomförandet av och innehållet i utbildningarna samt erfarenheter från projektet. Rapporten bygger till stor del på de sju delprojektledarnas slutrapporter från respektive utbildningsmodell, där en viktig del var den diskussion som fördes med fokus på möjligheter och hinder i projektet. Utvärderingen av projektets effekter presenteras i den andra delen av denna rapport.

[1] World Health Organization (WHO) (2002). www.nrpv.se

Bakgrund

Att se människan vid livets slut

Alla har vi en uppfattning eller föreställning om vad ett gott liv är. I det dagliga friska livet leds vi därför av olika värderingar om vad livet bör innefatta, exempelvis välbefinnande, frihet, rättvisa, självständighet och självbestämmande (autonomi).

Oftast innebär det att vi som friska och aktiva människor till stor del själva kan välja vilket liv vi skall leva inom de förutsättningar som ges exempelvis genom lagstiftning, våra ekonomiska förutsättningar och hänsynstagande till våra medmänniskor. På ett mer individanpassat plan påverkas vår uppfattning om vad som är värdefullt i livet genom vår bakgrund och uppfostran samt hur vi upplever religiösa och kulturella aspekter.

När vi blir äldre och kanske drabbas av sjukdom som påverkar både den fysiska och psykiska förmågan sker en förändring. Som sjuk kan den äldre personen kanske inte längre utföra eller göra de val som tidigare varit en del av livet. Även samhällets resurser för vård förändras under livets gång. Från födseln och långt upp i medelåldern finns stora resurser för att bota och rehabilitera men vid livets slut ser det inte likadant ut. Dessa förändringar kommer att påverka individens livsomständigheter och livskvalitet.

Behovet av vård och omsorg hos äldre leder ibland även till beroende av personer som vi själva inte valt (vård- och omsorgspersonal). Dessa till synes okända personer kommer att ha ett inflytande på den äldre personens liv. Samtidigt kommer personalens syn på äldre personer genomsyra den vård som de erbjuder. Det är därför av stor betydelse att varje möte mellan personal och den äldre personen ses som unikt i den utsatta situation som den äldre personen befinner sig i.

I all hälso- och sjukvård är frågan om patientens möjlighet till självbestämmande central. Den möjligheten styrs av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Det innebär att patienten, oavsett ålder eller kön, har rätt att själv bestämma och fatta beslut rörande det egna livet, vård och behandling. Trots denna insikt vet vi att det inte sällan är så att möjligheten till självbestämmande minskar med stigande ålder och sjukdom och den äldres självbestämmande begränsas till de alternativ som erbjuds[2].

I medicinsk etisk litteratur beskrivs fyra principer som ligger till grund för hur hälso- och sjukvårdens personal skall fatta sina beslut: *principen om att inte skada, principen om att göra gott, principen om respekt för självbestämmande* och *slutligen principen om rättvisa*. Principerna skall beaktas både utifrån ett fysiskt och psykiskt perspektiv. Principerna om rättvisa och självbestämmande kan upplevas provocerande bland äldre då de i praktiken kan uppleva att de behandlas både kränkande och att de inte prioriteras. Enligt Lynøe & Juth[3] är möjligheten att själv få bestämma även när livet närmar sig sitt slut den viktigaste etiska principen.

Vård i livets slutskede - palliativ vård

Begreppet palliativ vård har under lång tid i huvudsak förknippats med vård av personer med cancersjukdom men det har visat sig att det är dags att utvidga det palliativa tankesättet även till andra diagnos- och åldersgrupper i livets slutskede[4].

Den palliativa vårdfilosofin syftar till att lindra symtom och förbättra eller bibehålla livskvaliteten hos den sjuke och/eller döende och ge stöd till anhöriga. I WHO´s definition av palliativ vård beskrivs målet med vården att den ska leda till symtomlindring och god livskvalitet för patienter och familjer som drabbas av livshotande sjukdom. Vården skall förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem[5].

[2] Sandman, L. A., (2005) good death: on the value of death and dying. Maidenhead: Open University Press.
[3] Lynöe N,Juth N. (2009) Medicinska etikens ABZ, Stockholm: Liber.
[4] Fürst, CJ. (2009).Diagnostisera döendet. Äldre i Centrum, nr 4.
[5] World Health Organization (WHO). (2002). Definition palliativ vård.

Den palliativa vårdens grundprinciper bygger på ”fyra hörnstenar”: symtomkontroll, kommunikation, närståendestöd och teamarbete. Vården ska genomsyras av ett förhållningssätt där fokus är att ge varje människa fysiskt, psykologiskt, socialt och andligt eller existentiellt stöd.

I en rapport från WHO belyses de äldres behov av palliativ vård i Europa[6]. Författarna menar att äldre personer ofta kan ha andra och specifika behov och att vården i livets slut därför behöver anpassas efter dessa. Exempelvis har äldre i högre utsträckning fler medicinska diagnoser än andra vilket sammantaget kan ha stor påverkan på patientens välbefinnande och upplevelse av hälsa. En patientcentrerad vård behövs i vården av den äldre med målsättning att ge fysiskt och emotionellt stöd. Rätten till anpassad vård, till självbestämmande och bibehållen autonomi och livskvalitetet är centralt för den äldres sista tid i livet.

Den teoretiska basen och tankarna kring hur god vård skall ges till äldre i livets slut finns redan. Dock behöver vårdens innehåll fokusera på helheten kring den äldre personen. För detta krävs både vård och omsorg samt värderingar och förhållningssätt som sätter den äldre i centrum. Detta kan uppnås genom goda relationer mellan den äldre, anhöriga och personal[4].

I Sverige har den palliativa vården varit under utveckling sedan 1970-talet och omfattar idag både slutenvård och hemsjukvård (allmän och avancerad). I en utredning från Socialstyrelsen påvisades en förbättring avseende palliativ vård i kommuner och landsting men att fortsatt behov av kompetensutveckling rörande vårdfrågor, förhållningssätt, bemötande och etik finns. Det framkom även att läkarkompetensen inom den palliativa vården ofta är otillräcklig och att man därmed inte kan erbjuda likvärdig vård i landet.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorgsboende vid demenssjukdom framkommer det att personer med demenssjukdom sällan får tillgång till palliativ vård när livet närmar sig sitt slut. En orsak är att det är svårt att identifiera tecken på att personer med demenssjukdom befinner sig i livets slut[7]. Functional Assessment Scale (FAST-skalan), som är ett speciellt instrument som utvecklats för att mäta funktionsförmåga hos personer med demenssjukdom, kan då vara värdefullt. Rapporten visar också att personer med demenssjukdom kan lida av samma symtom som andra diagnosgrupper vid livets slut, alltså smärta, ångest, oro och andnöd. I rekommendationerna säger man bl.a. att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör ge palliativ vård enlig Världshälsoorganisationens rekommendationer och att FAST-skalan används för att bedöma när den sena palliativa fasen inträtt för personer med demenssjukdom.

Vad säger lagen?

Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att kommunen fick ett ökat ansvar för svårt sjuka och döende patienter inom äldreomsorgen. Reformen innebar att kommunerna tog över ansvaret för samtliga sjukhemsplatser från landstingen. Det här innebar att många fler svårt sjuka kom att behandlas utanför sjukhusen och att de svårt sjuka och döende patienterna i större utsträckning dog hemma än i särskilda boendeformer som t.ex. ålderdomshem, servicehus, sjukhem och gruppboenden.

I och med reformen kom personalen inom kommunernas äldreomsorg att påverkas av både hälso- och sjukvårdslagen (*HSL*) och socialtjänstlagen (SoL) när det gäller vården och omsorgen vid livets slut. Följande kan läsas i Regeringens skrivelse; Vård i livets slutskede. Skr. 2004/05:166:

[6] Davies, E. & Higginson, I.J. (2004). Better palliative care for old people, Copenhagen: WHO.

[7] Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen (2010).

”Sjukvårdssystemet är uppbyggt enligt principen att det är sjukvårdshuvudmännen som, utifrån de grundläggande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), ansvarar för att medborgarna erbjuds hälso- och sjukvård och för organisationen av vården. Grundtanken är att det är huvudmännen som är bäst lämpade att göra de prioriteringar av resurserna som behövs för en bra vård.

Ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser är således enligt HSL delat mellan landstingen och kommunerna. Landstingen skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom deras områden. Kommunerna har genom Ädel- och psykiatrireformerna under 1990-talet fått ett tydligt ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer och som vistas i dagverksamhet. Landstingen ansvarar för hemsjukvården, men landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Landstinget och kommunen 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.

Flera studier har visat på den stora betydelse som god information och möjlighet till påverkan i vårdsituationen har för patientens trygghet och välbefinnande. Även anhöriga känner sig tryggare och mer kompetenta att hantera situationen när de är välinformerade. De kan då också i större utsträckning ha möjlighet att vårda patienten hemma.

I HSL och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjuk-vårdens område (LYHS) har det införts bestämmelser om att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Enligt dessa bestämmelser ingår det i vårdpersonalens skyldigheter att kontinuerligt och så långt möjligt i samråd med patienten ta ställning till vad som är bästa tänkbara vård för just honom eller henne i den aktuella vårdsituationen. Det innebär att patienten skall ges information om möjliga vårdformer och att patientens önskemål i möjligaste mån skall beaktas. I det arbetet ingår givetvis att vara lyhörd för bl.a. vilket värde tidigare skriftliga och muntliga viljeyttringar från patienten kan tänkas ha.”

Socialtjänstlagen är en ramlag som tar upp vilka skyldigheter kommunen har att bedriva vissa verksamheter för att tillgodose kommuninvånarnas behov. Men det står inte hur de ska bedriva den utan det är upp till varje kommun. För närvarande finns ingen lagstiftning inom Socialtjänstlagen som specifikt berör vården i livets slutskede men i Socialstyrelsens allmänna råd – Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede (1992:2) finns vissa direktiv. De bygger på de etiska principerna om självbestämmande, att göra gott, att inte skada och att vara rättvis. I råden framhålls att beslutskompetenta patienter alltid har rätt att vägra en behandling och det gäller även en livsuppehållande behandling.

I svensk sjukvård gäller att ingrepp eller åtgärder, vars syfte är att förorsaka en patients död, aldrig får användas. Även om detta är patientens uttryckliga vilja så kan självbestämmanderätten i detta fall inte respekteras.

Sedan finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering där det anges att vårdinsatser i livets slutskede måste samordnas på ett optimalt sätt. Planering och samverkan av medicinska, psykologiska och sociala insatser bör ske utifrån en noggrant utarbetad, individuell vårdplan, i vilken den enskildes önskemål om vården utgör utgångspunkten. För att vården i livets slutskede skall hålla en fortlöpande god kvalitet är det lämpligt att huvudmännen utvecklar lokala vårdprogram. I vårdprogrammet kan kraven preciseras på resurser, kostnadsfördelning, kompetens, organisation och rutiner rörande alla verksamheter och professioner som är inbegripna i vården. Dessa föreskrifter och allmänna råd är för närvarande (juni 2011) föremål för omarbetning.

Europarådets rekommendation om organiseringen av palliativ vård

Europarådet har utarbetat en rekommendation om organiseringen av palliativ vård, vilken har beslutats av ministerkommittén (Recommendation Rec [2003] 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care). Rekommendationen tar bl.a. upp att palliativ vård, liksom all medicinsk vård, skall vara patientorienterad, vägledas av patientens behov där hans eller hennes värden och preferenser vägs in samt att värdighet och autonomi är centrala områden för patienter som har behov av palliativ vård. Förslag om konsultinsatser till vård- och omsorgsboenden från palliativa specialist team finns.

Varför kom projektet till?

I maj 2005 överlämnade dåvarande regering en skrivelse till riksdagen med förslag om satsning på den palliativa vårdens utbyggnad[8]. I skrivelsen uppmanades kommuner och landsting att gemensamt ta fram lokala vårdprogram och utveckla strategier för att förbättra vården i livets slutskede. Socialstyrelsen fick också i uppdrag att följa upp och utvärdera den palliativa vården i Sverige.

I december 2006 publicerade Socialstyrelsen sin utvärdering och konstaterades att det fanns behov av såväl kompetensutveckling som fortsatt utbyggnad av den palliativa vården, eftersom både dess kvalitet och innehåll varierade över landet. Vidare framhölls att de största utvecklingsbehoven återfanns inom kommunernas vård- och omsorgsboende där den palliativa vården var som minst utbyggd och i störst behov av förändring[9].

Samtidigt med den nationella utvärderingen pågick även ett regionalt projekt drivet av Stockholms läns landsting. I slutrapporten anges att: ”Utbildnings- och stödinsatser till personal och läkare i VoB bör genomföras i syfte att höja kvaliteten på den palliativa vården för boende i dessa boendeformer. Därmed kan kvaliteten på vården för patienter i livets slutskede öka och behovet av överflyttning av patienter till sjukvården minska”. Det fanns alltså ett antagande att många äldre förflyttades från VoB till akutsjukvården i livets slutskede men samtidigt var osäkerheten stor kring hur många personer det rörde sig om[10].

För att stödja kvalitetsutvecklingen inom äldrevård och äldreomsorg har regeringen sedan 2006 avsatt speciellt riktade stimulansmedel. Alla kommuner och landsting har kunnat ansöka om dessa hos Socialstyrelsen, till och med 2011 har cirka 4,6 miljarder delats ut.

Våren 2007 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) inom Stockholms läns landsting in en ansökan till Socialstyrelsen om stimulansmedel. I ansökan söktes medel för utbildningsinsatser för samtliga personalgrupper inom vård- och omsorgsboenden för äldre. Ansökan beviljades och medel för projektet tilldelades HSN-f. Projektet antog namnet Palliativ vård i SÄBO (PVIS). Projektägare blev HSN-f.

[8] Vård i livets slutskede, Stockholm: Socialdepartementet. Skr 2004/05:166.

[9] Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen (2006).

[10] Slutrapport från projektet Geriatrikens roll i samspelet mellan den lokala hälso- och sjukvården och akutsjukhusen. LS 0606-1176.

Palliativa projektets syfte och målsättning

Syftet med projektet var att initiera och genomföra olika utbildnings- och konsultinsatser för personal inom särskilt boende i Stockholms län. Ansvariga för utbildningarna blev sex av länets ASiH-enheter i länet samt Stockholms sjukhem. Projektets övergripande mål var att öka personalens kompetens i palliativ vård. I uppdraget ingick också att introducera Palliativa registret och få VoB att registrera där.

Ett antal effektmål sattes upp för projektet:

- Bättre medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande av patienter i livets slutskede.
- Minskat antal patienter som i livets slutskede överflyttas till akutsomatisk slutenvård
- Ökad kompetens i palliativ vård hos läkare och sjukvårdspersonal hos huvudmännen.
- Ökat stöd till läkare och personal på VoB i individuella frågor som rör medicinsk vård och omvårdnadsfrågor för patienter i palliativ vård
- Ökat samarbete mellan läkare och kommunens personal i palliativ vård.

Projektförloppet i korthet

Nedan beskrivs i korthet viktiga händelser före och under projektperioden. Därefter ges en mer detaljerad beskrivning av de olika händelserna i projektet.

Tid	Händelser
2005	- Dåvarande regering överlämnar skrivelse till riksdagen om en satsning på den palliativa vårdens uppbyggnad. Socialstyrelsen får i uppdrag att följa upp och utvärdera den palliativa vården i Sverige.
2006	- Socialstyrelsens utvärdering publiceras. I utvärderingen konstateras behov av såväl kompetensutveckling och utbyggnad av den palliativa vården. De största behoven ses inom kommunernas vård- och omsorgsboenden. - Regeringen börjar en satsning med riktade medel s.k. stimulansmedel till äldreområdet.
2007	- Hälso- och sjukvårdsnämnden förvaltning (HSN-f) i Stockholms läns landsting ansöker om stimulansmedel för utbildningsinsatser inom palliativ vård för samtliga personalgrupper vid vård- och omsorgsboenden för äldre. Ansökan beviljas. - En modell med utbildning av palliativa ombud prövas i Solna kommun.
2008	- HSN-f startar upp projektet Palliativ vård i särskilt boende – PVIS. En organisationsplan tas fram och Christina Riddebäck utses till projektledare. - Beslut om deltagande tas i tre områden i Stockholms län och olika utbildningsmodeller prövas; Utbildningsmodell 1 (Solna, Järfälla, Upplands-Bro), Utbildningsmodell 2 (Nacka), Utbildningsmodell 3 (Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm). - Kontakt tas med ASiH respektive Stockholms sjukhem i berörda områden och rekrytering av delprojektledare påbörjas. En hemsida för projektet startas. Presentationsmaterial tas fram. I respektive område planeras utbildningssatsningarna och material tas fram. - I nov-dec tas beslut om deltagande i ytterligare fyra områden; Utbildningsmodell 4 (Täby, Österåker), Utbildningsmodell 5 (Sollentuna), Utbildningsmodell 6 (Haninge), Utbildningsmodell 7 (Södermalm). Kontakt med ASiH tas. - FOU äldre norr får uppdraget att utvärdera projektet. Personalenkäter delas ut innan utbildningarna startar och intervjuer genomförs med både nyckelpersoner och personal. - Utbildningarna påbörjas inom utbildningsmodell 1 – 3 som också får möjlighet att söka medel för en fortsatt/utökad utbildningssatsning ett år. Projektledaren för utbildningsmodell 1 får uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial som kan användas efter projektets slut.
2009	- Utbildningarna påbörjas inom utbildningsmodell 4 - 7. Utbildningarna inom utbildningsmodell 1 avslutas i december. - I slutet av året (nov) erbjöds resterande fyra utbildningsmodeller att söka medel för en fortsatt/utökad utbildningssatsning.

Tid	Händelser
2010	- I februari genomför projektet en konferens om vård i livets slutskede. I anslutning till konferensen publiceras dels en delrapport om det pågående arbetet i projektet, dels en rapport som beskriver hur utvärderingen av projektet ska genomföras. - Under mars och april avslutas utbildningarna i område 2 - 3 - I maj genomför projektet en tvådagarskonferens riktad till läkare inom särskild boende. - Ett specifikt utbildningsmaterial innehållande handbok, bildpärm, bildspel, Power Point presentation och broschyr färdigställs och erbjuds till personer som ska utbilda personal. - Projektet presenteras under Almedalsveckan i Visby - I november genomförs en konferens om palliativ vård i SÄBO och det Palliativa registret. Målgruppen är främst medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunerna.
2011	- En film som ska inspirera SÄBO att registrera i palliativa registret produceras. - I mars-maj avslutas utbildningsmodellerna 4 - 7. Projektledaren sammanställer verksamhetsberättelserna från delprojektledarna. Utvärderingsmaterial i form av enkäter och intervjuer sammanställs. - I oktober presenteras projektbeskrivningen och utvärderingsrapporten i samband med en avslutande konferens. Många av de deltagande kommunerna önskar fortsatt utbildning i någon form.

PVIS

Projektet initieras

Samtliga kommuner, stadsdelar och landstingsfinansierade palliativa vårdenheter i Stockholms län tillfrågades om intresse att delta i PVIS. För att kunna delta i projektet fanns ett villkor att både kommun och landstings-företrädare var intresserade och villiga att samarbeta. Ett annat villkor var att samtliga vård- och omsorgs-boenden i deltagande kommuner/stadsdelar åtog sig att registrera dödsfall i Svenska Palliativregistret och att personalen svarade på de enkäter som togs fram som en del av utvärderingen av projektet. Av de totalt 26 tillfrågade kommunerna/stadsdelarna svarade åtta kommuner och fyra stadsdelar att de ville delta i projektet. De delades upp i sju geografiska områden tillika utbildningsmodeller (se figur 1).

Projektägare och Styrgrupp

Huvudprojektledare

Utvärdering
FOU nu och Ersta
Sköndal högskola

Utbildnings-modell	Kommun/stadsdel	Ansvarig utbildningsenhet
1	Solna, Järfälla, Upplands-bro	ASiH Nordväst
2	Nacka	ASiH Nacka
3	Östermalm, Norrmalm Kungsholmen	Stockholms sjukhem
4	Täby, Österåker	ASiH Byle Gård
5	Sollentuna	ASiH Löwet
6	Haninge	ASiH Handen
7	Södermalm	ASiH Ersta

Figur 1. Projektorganisation och deltagande områden

Projektets organisation

PVIS-projektet pågick under perioden 2008 till 2011 och drevs av en styrgrupp bestående av representanter från HSN-f (2 personer), Verksamhetschefen vid FOU nu (tidigare FOU äldre norr), En professor i palliativ vård vid Ersta-Sköndal högskola, Enheten för forskning om vård i livets slutskede, överläkaren/verksamhetschefen vid ASIH Byle Gård, en representant från Kommunförbundet Stockholms län (KSL) samt huvudprojektledaren.

Huvudprojektledaren ansvarade för den övergripande planeringen, samordningen, rapporteringen samt koordineringen och stödet till delprojektledarna. Huvudprojektledaren kom också att fungera som handledare för de olika delprojektledarna och var sammankallande till utbildningar och möten med möjlighet till informationsutbyte. Delprojektledarna i sin tur ansvarade för utbildningssatsningarna inom respektive utbildningsmodell och fick stöd från respektive ASiH-enhet.

Utvärdering

Vårvintern 2008 får FOU äldre norr uppdraget av styrgruppen att utvärdera projektet. I uppdraget ingick att utvärdera effekterna av de sju utbildningsmodellerna samt det konsultationsstöd som respektive ASiH-enhet erbjöd. Både kvantitativa och kvalitativa data inhämtades. Till den kvantitativa delen samlades data in från personalenkäter, från Palliativa registret och från Stockholms läns landstings VAL-databas. Kvalitativa data hämtades in via intervjuer, individuellt och i grupp. Intervjuer gjordes med personal vid vård- och omsorgsboenden, kommunernas förvaltning, MAS, ansvariga läkare, delprojektledarna, utbildare och anhöriga. Resultatet av utvärderingen presenteras i rapporten, Att möta döende människors behov – Utvärdering av PVIS, ett kompetensutvecklingsprojekt, Oktober 2011.

Arbetet ute i verksamheterna

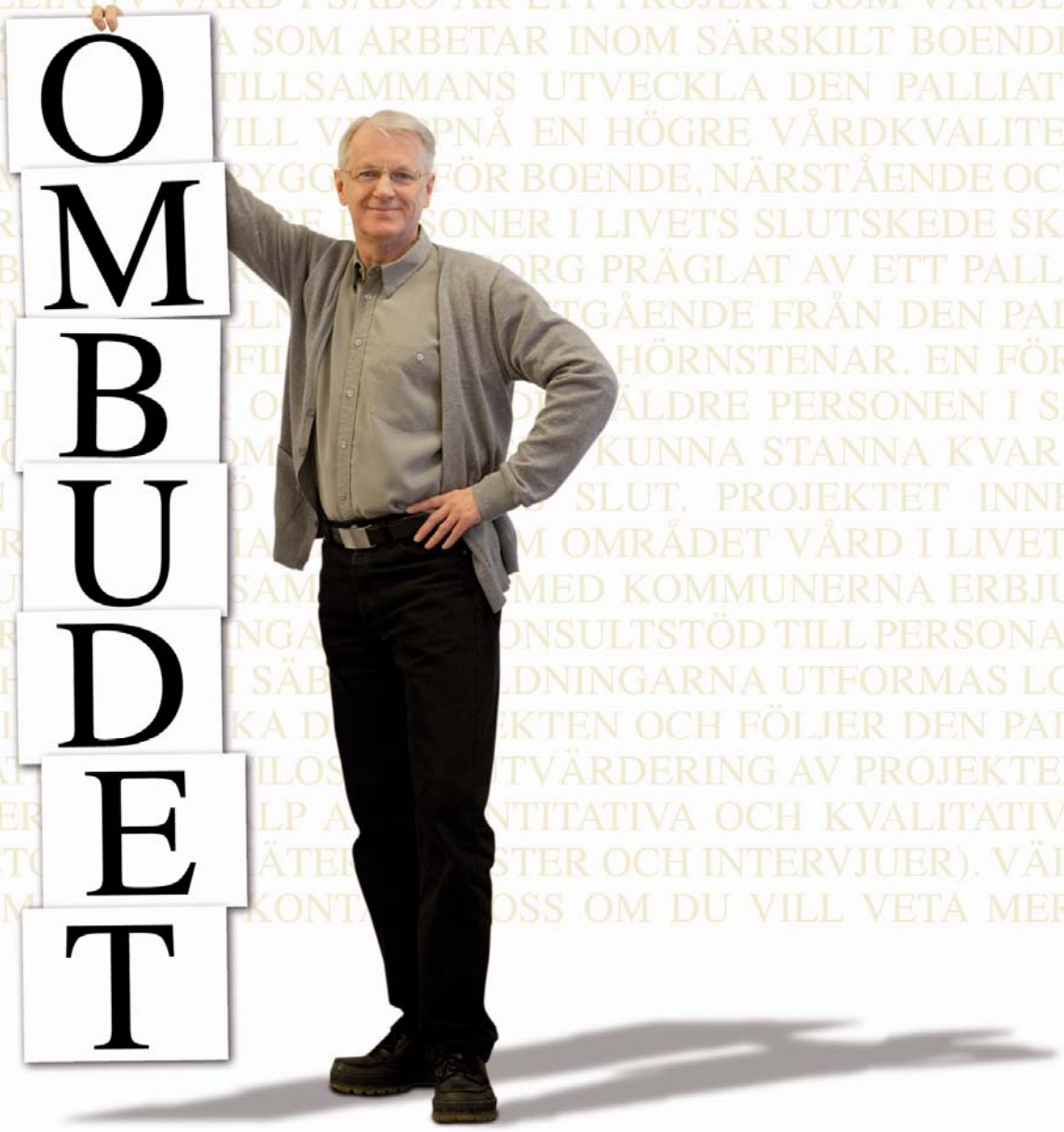
Initialt skrevs lokala projektplaner i samarbete mellan kommunerna och landstingsföreträdarna (ASiH-enheterna och Stockholms sjukhem). De modeller för utbildning och konsultationsstöd som togs fram anpassades efter lokala förutsättningar och utvecklades i dialog och i möten mellan projektledare och personal från vård- och omsorgsboende samt personal från ASiH. I de flesta fall fanns även en styrgrupp för varje delprojekt. Här ingick till exempel MAS, enhetschefer och ansvariga tjänstemän inom kommunens äldreomsorg. Målgruppen för projektet var i de flesta fall all personal som arbetar i kommunalt finansierade vård- och omsorgsboenden, det vill säga vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt chefer.

De olika delprojekten fick ersättning från projektet för utbildningsinsatser och konsultinsatser inom ramen för de sökta projektmedlen. Vikariekostnader för personal som deltagit i utbildningsinsatserna under projektets gång har inte ersatts via projektet utan varje kommun eller stadsdel har stått för den kostnaden, dock har arbetsgivare med deltagande läkare i utbildning kunnat ersättas för vikariekostnader. Enskilda kommuner har sökt statliga medel för vikariekostnader.

Hemsidan

En hemsida för projektet togs fram; www.pvis.se**.** Syftet med hemsidan var att ge information om projektet inklusive de olika delprojekten i länet och den kommer att finnas kvar även efter att projektet har avslutats. På hemsidan går det att läsa om projektet, dess organisation, projektplan, direktiv, styrgrupp, referensgrupp och hur projektet utvärderats. Vidare förklaras begreppen palliativt förhållningssätt och de fyra hörnstenarna inom palliativ vård. Varje delprojekt redovisas separat under egna flikar. Det finns också möjlighet att beställa det framtagna utbildningsmaterialet (se egen rubrik).

JÄRFÄLLA, SOLNA OCH UPPLANDS-BRO PRESENTERAR



"Det palliativa ombudet inspirerar och sprider kunskap till medarbetare, nyanställda, ledning och närstående om det palliativa förhållningssättet. Att använda checklistan vid vård i livets slut, ge möjlighet till reflektion i personalgruppen, skapa rutiner vid dödsfall och nätverka med andra ombud i kommunen är andra centrala delar i arbetet med att möjliggöra en god omvårdnad i livets slutskede."

Projektledare: Raakel Kuusiniemi, Gunilla Ridderström och Susanne Mähler

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Genomförda utbildningsmodeller

Nedan ges beskrivningar av de olika utbildningssatsningarna. Varje avsnitt inleds med den affisch som togs fram för att presentera utbildningsmodellen vid konferenser och seminarier. Affischerna skulle också beskriva olikheterna i de olika utbildningsmodellerna på ett talande och attraktivt sätt.

Utbildningsmodell A: Utbildning av Palliativa Ombud

Ett team bestående av tre personer, en sjuksköterska, en socionom och en sjukgymnast, anställdes som projektledare vid ASiH Nordväst för att genomföra utbildningsmodell 1. ASiH Nordväst är en del av Jakobsbergsgeriatriken och ansvarar för den avancerade sjukvården i eget boende i Solna, Sundbyberg, Järfälla och Upplands-Bro.

I Solna bildades en styrgrupp för projektet med representation från resursteamet, kommunens kvalitetsavdelning, MAS samt en sköterska från ASiH. I Järfälla bestod styrgruppen av programchefen för äldreomsorgen, MAS och en sköterska från ASiH. I Upplands-Bro gick det inte att bilda någon lokal styrgrupp på grund av en omorganisation i kommunens ledningsgrupp den aktuella perioden.

Den modell som användes fokuserade på utbildning av palliativa ombud. Under åren 2007-2008 hade Solna prövat en utbildningsmodell där utvald personal på vård- och omsorgsboenden utbildats till palliativa ombud. Syftet var att dessa ombud efter avslutad utbildning skulle bidra till att vitalisera kunskap och kompetens bland kollegor genom bland annat användande av en checklista vid vård i livets slut samt kontinuerlig information och reflektion över den palliativa vårdfilosofin.

I PVIS-projektet utvecklades denna utbildning, bland annat genom att den blev mer strukturerad och att de ombud som utbildades fick utbildningsbevis och ett skrivet uppdrag.

Ombuden som skulle gå utbildningen valdes ut av verksamhetscheferna på VoB. De utvalda skulle ha intresse för palliativa frågor, ha möjlighet till engagemang i att utveckla den palliativa vården på sin arbetsplats och ha intresse för och förmåga att förmedla kunskaperna på sin arbetsplats samt arbeta för att stärka teamarbetet.

De ur personalen som valdes ut till att bli ombud utbildades i den palliativa vårdens fyra hörnstenar; symtomlindring, kommunikation, teamarbete och närståendestöd. Utbildningen utfördes i form av föreläsningar, grupparbeten och rollspel. I utbildningen lades stor vikt vid samtal och reflektion och kursen avslutades med att ombuden fick en pärm med utbildningsmaterial (se stycket om Utbildningsmaterial) samt kursintyg och brosch.

För att få intyg och brosch krävdes godkänt på ett kunskapstest och närvaro vid samtliga fyra kurstillfällen. För att följa upp hur ombuden sedan arbetade med sitt uppdrag besöktes de på arbetsplatsen av kommunens MAS.

För den personal på vård- och omsorgsboenden som inte gick ombudsutbildningen hölls två föreläsningar kring existentiella frågor. Läkarna erbjöds tre utbildningstillfällen i palliativ vård. Även anhöriga till boende på vård- och omsorgsboenden erbjöds utbildning om vård i livets slutskede. En egen utarbetad checklista för vård i livets slutskede implementerades på enheterna. Alla vård- och omsorgsboenden fick handledning i att registrera i Svenska Palliativregistret.

Resultat

Tjugo VoB kom att omfattas av projektet; nio i Solna, sju i Järfälla och fyra i Upplands-Bro. Sammanlagt hade enheterna totalt nära 1200 platser och ungefär lika många anställda. Alla enheter i Upplands-Bro drevs av kommunen medan sju av de nio i Solna drevs på entreprenad. I Järfälla var tre av de sju enheterna kommunens medan resterande fyra drevs på entreprenad. Totalt utbildades 168 ombud medan 582 personer eller ungefär hälften av personalen (49 %) på något sätt kom i kontakt med utbildningssatsningen. Alla yrkesgrupper involverades; undersköterska, vårdbiträden, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

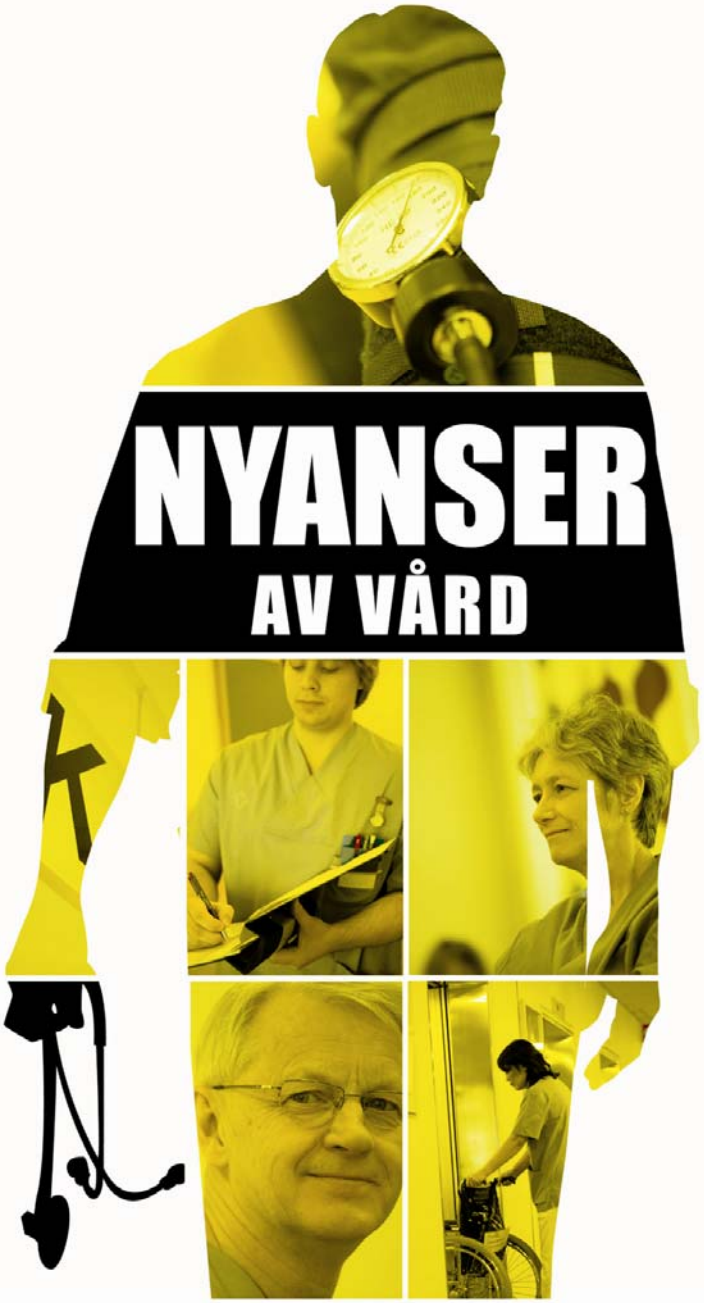
Under projekttiden informerades VoB om hur de kunde kontakta ASiH men enligt delprojektledarna kom endast ett fåtal förfrågningar om konsulthjälp till ASiH. Efter avslutat delprojekt finns det två nätverk igång, dels ett för de palliativa ombuden, dels ett för MAS i de deltagande kommunerna.

Resultatsammanställning utbildningsmodell A: Solna, Järfälla, Upplands-Bro

Ansvarig utbildningsenhet	ASIH Nordväst			
Delprojektledare	Raakel Kuusiniemi, ssk. Susanne Mähler, kurator. Gunilla Ridderström, sjg.			
Andel personal i utbildning	49 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	I Solna och Järfälla fanns MAS med från början när projektet planerades.			
Registrering i palliativa registret	Osäkert hur många som använder registret. Alla enheter har fått individuell genomgång i hur registret ska användas.			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Nej			
Samarbete mellan ASiH och SÄBO	Under projekttiden informerades SÄBO-enheterna om hur de kunde kontakta ASiH men enligt delprojektledarna har endast ett fåtal förfrågningar om konsulthjälp inkommit till ASiH.			
Framgångsfaktorer	I och med att MAS och kommunernas förvaltningar varit positiva och aktivt deltagit i projektet har goda möjligheter skapats för fortsatt utveckling av den palliativa vården. Checklistan har visat sig vara ett bra instrument både för att få struktur på omhändertagandet och för att få igång samtal och reflektion kring arbetet.			
Hinder	Hög omsättningen av verksamhetschefer och byten av utförare på vård- och omsorgsboendena. Läkarna och sjuksköterskorna svåra att nå för utbildning på grund av tidsbrist eller för att de ofta arbetar ensamma.			
Lärdomar av projektet	Den palliativa vårdfilosofin behöver utvecklas för att passa inom SÄBO.			
Efter projektet	Nätverk för palliativa ombud och MAS finns. MAS kontrollerar registrering i Palliativa registret.			

Projektbudget: 2 550 000 kronor

NACKA PRESENTERAR



NYANSER AV VÅRD

> *Grupper av människor kan göra storverk, men det kan också enskilda individer. Lagarbete och gruppkänsla är av stor vikt, men det blir inte bättre än den svagaste länken. Att därför först göra separata satsningar på varje yrkesgrupp för att därefter skapa förståelse mellan medarbetarna känns helt naturligt. Såväl den äldre personen, som anhöriga och medarbetare mår bra av en god omvårdnad. Det är möjligt när vi får tillfredsställelse i arbetet.*

Projektledare: Inger Fridegren

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell B: Gruppundervisning i olika yrkesgrupper

För utbildningen i område 2 ansvarade ASiH Nacka som är en offentligt driven verksamhet inom Stockholms läns landsting med uppdrag från HSN-förvaltningen att bedriva avancerad hemsjukvård. ASiH Nacka har ingen egen slutenvård utan använder istället Maria Regina Hospice där ASiH Nacka ansvarar för läkarinsatserna. Utöver det har man också uppdrag från kommunen att tillhandahålla sjuksköterskeinsatser på vård- och omsorgsboenden i Nacka utanför kontorstid. MAS i Nacka kommun har varit involverad i projektet sedan start. Någon styrgrupp för projektet har inte redovisats.

Nacka kommuns önskemål var att alla äldre på kommuns vård- och omsorgsboenden skulle få samma möjlighet till palliativ vård som om de skulle ha vårdats i ordinärt boende med hjälp av ASiH. För att nå den målsättningen valde projektledningen att arbeta fram ett lokalt vårdprogram samt att pröva en modell där all personal på vård- och omsorgsboenden utbildades i palliativ vård och där samtliga vård- och omsorgsboenden erbjöds konsultationsstöd från ASiH Nacka.

Ett lokalt vårdprogram utarbetades tillsammans med Nackas MAS och utbildningen genomfördes av en multiprofessionell grupp från ASiH Nacka. Som grund användes de fyra hörnstenarna i palliativ vård. LCP prövades på två enheter, övriga använde den checklista som togs fram i projektet. En del av litteraturen som användes i utbildningarna var framtagen av delprojektledaren.

Personalen utbildades gruppvis. Omvårdnadsnära personal fick fem utbildningstillfällen, sjuksköterskor fyra tillfällen och läkare tre tillfällen. För att stötta användandet av teoretisk kunskap från utbildningen i vardagen erbjöds samtliga vård- och omsorgsboenden konsultationsstöd en gång i månaden under våren 2009.

Resultatsammanfattning

Samtliga elva VoB i Nacka med 619 boende deltog i projektet. Det var totalt 450 personal som rapporterades ha deltagit någon gång i utbildningssatsningen. Uppgift om antalet anställda saknas men vid antagandet om cirka 600 anställda innebär det att tre av fyra anställda berörts (75 %). En stor variation fanns dock mellan enheterna enligt delprojektledarens rapport. Omsorgspersonalen gick ibland bara på två av de fem tillfällena. Sjuksköterskorna uteblev många gånger på grund av tidsbrist. Alla läkare utom en deltog i den utbildning som gavs. Osäkert om sjukgymnaster och arbetsterapeuter deltog i utbildningen.

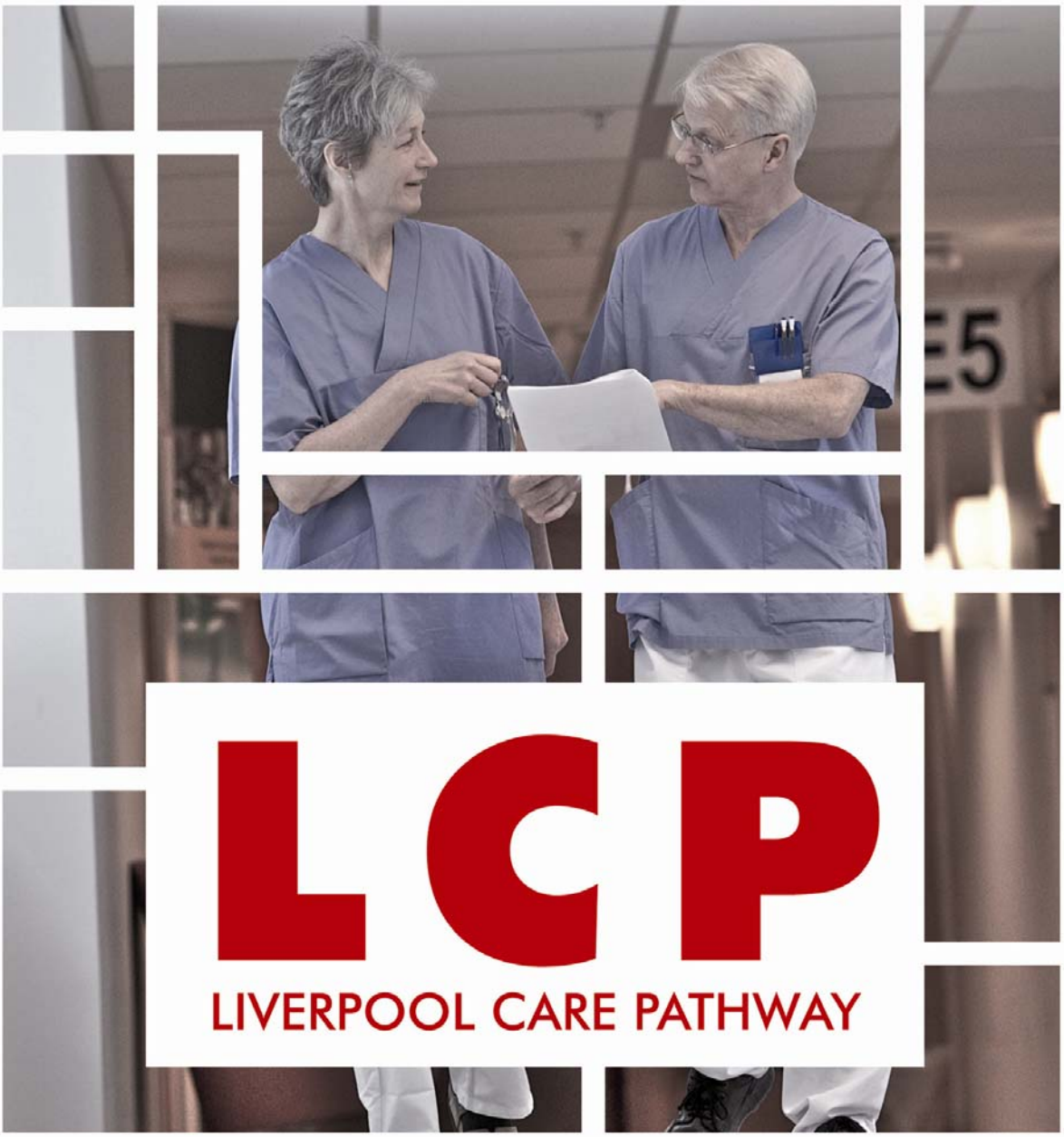
Samtliga enheter uppges ha startat med registrering i Palliativa registret. Samtliga VoB erbjöds konsultstöd i form av besök på arbetsplatsen en gång per månad. När det gäller samarbetet mellan ASiH och VoB skriver delprojektledaren att ASiH hade ansvaret på jourtid och fick genom det en viss insyn i arbetet men utöver detta är det osäkert om samarbete fanns. ASiH Nacka konstaterar att efter satsningen på utbildning och konsultationsstöd så har antalet telefonsamtal med frågor kring döende patienter minskat. De telefonsamtal som ändå kommer in tolkas som att personalen efter utbildningen fått en ökad kunskap om palliativ vård. Någon fortsättning på projektet är inte planerad.

Resultatsammanställning utbildningsmodell B: Nacka

Ansvarig utbildningsenhet	ASiH Nacka			
Delprojektledare	Inger Fridegren, läk, verksamhetschef			
Andel personal i utbildning	75 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At, ingen uppg.
MAS delaktighet i projektet	MAS fanns med från start i projektet och har varit med och tagit fram riktlinjer och checklista.			
Registrering i palliativa registret	Samtliga enheter har startat registrering i registret.			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Ja			
Samarbete mellan ASiH och SÄBO	ASiH har ansvaret på jourtid och får genom det en viss insyn i arbetet, utöver detta osäkert om samarbete finns.			
Framgångsfaktorer	Positivt att MAS varit involverad i projektet från start samt den framtagna checklistan. Utbildningssatsningen har nått den personal som ej tidigare arbetet med palliativ vård men också bekräftat tidigare kunskaper hos personalen.			
Hinder	Det största hindret för att genomföra delprojektet för ASiH Nacka har varit tidspressen/bristen bland läkare och sjuksköterskor samt bristen på rutiner för teamarbete. LCP blev en för stor uppgift för de flesta enheterna.			
Lärdomar av projektet	Stora utbildningsgrupper hindrar samtal vilket är en viktig del i utbildningen. Idén att ASiH skulle ha en konsultroll fungerar dåligt.			
Efter projektet	Någon fortsättning på projektets arbete är ej bestämt. Resurser saknas.			

Projektbudget: 775 000 kronor

ÖSTERMALM, KUNGSHOLMEN OCH NORRMALM PRESENTERAR



LCP

LIVERPOOL CARE PATHWAY

Liverpool Care Pathway (LCP) är en välstrukturerad och evidensbaserad vårdplan som ger vägledning för en god omvårdnad i livets slutskede. Vårdplanen består av tre faser med 18 definierade mål. Användningen av LCP säkerställer också ett kontinuerligt stöd till närstående samt främjar kommunikation och ett tvärprofessionellt samarbete.

Projektledare: Mary-Jane Windus

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell C: Föreläsningar om LCP

Palliativt centrum vid Stiftelsen Stockholms sjukhem har haft ansvaret för utbildningen i område 3. Projektledaren arbetade som sjuksköterska och LCP-samordnare på Stockholms sjukhem. Delprojektet i Stockholms stad omfattade sex vård- och omsorgsboenden i stadsdelarna Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm. Delprojektledaren träffade MAS två gånger under projekttiden, en gång i början och sedan efter sex månader. Enligt delrapporten var det svårt att komma i kontakt med MAS p.g.a. deras höga arbetsbelastning. Någon styrgrupp för projektet redovisas inte.

Målet med delprojektet var att öka kvaliteten i den palliativa vården på vård- och omsorgsboenden och målet skulle nås genom implementering av LCP.

LCP är en standardiserad vårdplan för vård av döende patienter under sista dygnen/veckan. Vårdplanen utarbetades i England vid Marie Curie Hospice och syftet var att sprida kunskap från den palliativa vården till övriga vårdformer. LCP är en kunskapsbaserad och standardiserad vårdplan med ett dokumentationsstöd som består av tre faser med arton specifika och definierade mål.

Den genomförda utbildningsmodellen skulle ge personalen både förutsättningar och struktur på arbetet för att göra vården under livets sista tid så bra som möjlig för såväl patienten som dess närstående.

Införandet av LCP kräver enligt delprojektledaren att hela organisationen stödjer det. Vårdpersonalen behöver utbildas i både konceptet och arbetsprocessen. Stockholms sjukhem utarbetade därför ett lokalt 7-stegsprogram för att underlätta implementeringen. Från steg 1 med informationsmöten till kontinuerlig utvärdering och kartläggning av fortsatta utbildningsbehov i steg 7.

Initialt fick deltagande vård- och omsorgsboendena identifiera en kontaktsjuksköterska som skulle vara särskilt intresserad av palliativ vård. Hennes uppgifter blev att uppmärksamma förekomsten av döende patienter, påminna teamet om LCP, initiera LCP samt instruera och utbilda ny personal i LCP. Övrig personal fick utbildning i LCP, dess bakgrund och syfte samt i den lokalt utarbetade 7-stegsmodellen. Utöver detta erbjöds personalen föreläsningar under sammanlagt åtta timmar med utbildning i; tecken på döende, symtomlindring, närståendestöd och bemötande, genomgång av undervisningspärm och handbok.

Läkarna utbildades separat vid en tvåtimmars föreläsning i palliativ vård där identifiering av brytpunkt, symtomlindring och farmakologisk behandling ingick.

Resultatsammanfattning

Sex utvalda enheter med totalt 445 platser och cirka 500 anställda ingick i projektet.

Totalt deltog 381 personer i utbildningssatsningen. Fyra av de sex enheterna använde LCP. Alla yrkesgrupper involverades; undersköterska, vårdbiträden, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

När det gäller det Palliativa registret gavs information och inloggningsuppgifter till alla deltagande enheter.

Samtliga vård- och omsorgsboenden har informerats om konsultationsstöd från ASiH och hur de får kontakt. En enhet tog hjälp från ASiH, övriga sa sig inte ha något behov. Efter projektet kommer kontaktsköterskorna på respektive boende få fortsatt stöd från LCP-samordnaren.

Resultatsammanställning utbildningsmodell C: Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm

Ansvarig utbildningsenhet	Palliativt centrum vid Stockholms sjukhem			
Delprojektledare	Mary-Jane Windus, ssk, LCP-samordnare			
Andel personal i utbildning	76 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	Delprojektledaren träffade MAS två gånger under projekttiden, en gång i början och sedan efter sex månader. Enligt delrapporten var det svårt att komma i kontakt med MAS p.g.a. deras höga arbetsbelastning.			
Registrering i palliativa registret	Information och inloggningsuppgifter gavs till alla enheter.			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Nej			
Samarbete mellan ASiH och SÄBO	Samtliga vård- och omsorgsboenden har informerats om konsultationsstöd och hur de får kontakt med ASiH. En enhet har tagit hjälp från ASiH, övriga säger sig inte ha något behov.			
Framgångsfaktorer	Det fanns ett stort intresse från personalen. LCP ger en välstrukturerad vårdplan. Införandet av akut- och buffertförrådslista med läkemedel för patienter i palliativt skede var lyckat.			
Hinder	Svårt att planera utbildningstillfällen då det var svårt att få kontakt med verksamhetschefer och MAS eller för att det pågick andra projekt, utbildningar och möten i stadsdelarna eller p.g.a. hög arbetsbelastning. Språksvårigheter hos personalen. Personalomsättning; tre enhetschefer och läkare på fem enheter byttes under projekttiden. Låg sjuksköterskebemanning på enheterna gjorde det svårt för sköterskorna att hinna med momenten i LCP.			
Lärdomar av projektet	LCP ger en struktur för systematiskt arbete med vård av döende men förutsätter att all personal har utbildningen om instrumentet. Tyvärr nåddes inte alla av utbildningen under projekttiden. Utbildning av läkarna har en avgörande betydelse för användningen av LCP.			
Efter projektet	Kontaktsköterskorna på respektive boende kommer få fortsatt stöd från LCP-samordnaren.			

Projektbudget: 1 269 000 kronor

TÄBY OCH ÖSTERÅKER PRESENTERAR

KONSULTEN

”Ett väl utbyggt och bra fungerande konsultstöd från specialiserade palliativa enheter ger förutsättningar för en god omvårdnad i livets slutskede. Konsultstödet ska vara en naturlig och självklar del av vården av den äldre personen, där arbetet alltid tar hänsyn till de fyra hörnstenarna i den palliativa vårdfilosofin.”

Projektledare: Ingeli Simmross

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell D: Trestegsmodel i Palliativ vårdfilosofi

Byle Gård palliativa vårdenhet inom Förenade Care AB var ansvariga för utbildningen. En projektsjuksköterska anställdes med uppgift att driva projektet på totalt 13 SÄBO-enheter i området.

Initialt informerades enhetschefer och MAS från Täby och Österåker om att Byle Gård fått uppdraget och att personal därifrån skulle gå ut till respektive enhet för att planera utbildningsinsatserna och informera om hur de som ASiH-enhet skulle finnas som konsulter för enheterna. MAS från bägge kommunerna fanns sedan med som representanter i delprojektets styrgrupp tillsammans med projektledaren, verksamhetschef, läkare, chefssjuksköterska och vårdutvecklare på Byle Gård.

Utbildningen som utgick från den palliativa vårdfilosofin gavs till samtliga yrkesgrupper vid tre halvdagar för omsorgspersonal och sjuksköterskor tillsammans. Vid första tillfället introducerades utbildningen och en film visades som sedan diskuterades. Vid det andra tillfället togs psykosociala aspekter, bemötande och närstående upp. Tillfälle tre innehöll diskussioner kring teamarbete och symptomkontroll samt checklista. Även information om och undervisning i registrering i Palliativa registret genomfördes för sjuksköterskor på VoB. Läkarna fick ingen egen utbildning p.g.a. tidsbrist (hos läkarna) men de gavs information om projektet i samband med läkarronder på VoB samt vid en informationsträff. Under det andra projektåret genomfördes utbildning av palliativa ombud som sedan skulle ha den palliativa vården som sitt ansvarsområde med uppgift att kunna stödja den palliativa vårdformen samt utbilda ny personal. Under det här året tillkom ett VoB i Täby.

Resultatsammanfattning

Projektet kom att omfatta 14 enheter, 11 i Täby och 3 i Österåker med sammanlagt 527 platser och drygt 400 anställda. Totalt var det 296 personer som rapporterades vara med på utbildningstillfällena, den största andelen var vårdbiträden eller undersköterskor men även sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter deltog. Samtliga enheter uppges ha startat registrering i Palliativa registret. Under projektets andra år tillkom ett boende med 204 platser och ungefär lika många anställda. Dessa är inte inräknade i antalet utbildade. Sammanlagt 34 palliativa ombud utbildades år 2.

Konsultfunktion erbjöds från start av projektet och utnyttjades i stigande grad. Projektår två tillkom ett strukturerat schemalagt konsultstöd med fokus på den palliativa vårdfilosofin.

Resultatsammanställning utbildningsmodell D: Täby, Österåker

Ansvarig utbildningsenhet	ASiH Byle Gård		
Delprojektledare	Ingeli Simmross, ssk		
Andel personal i utbildning	82 %		
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	MAS fanns med i projektets styrgrupp.		
Registrering i palliativa registret	Samtliga 14 enheter har startat registrering.		
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Ja		
Samarbete mellan ASiH och VoB	Konsultfunktion från ASiH erbjöds redan från starten av projektet och användandet av funktionen har ökat successivt under projektets gång		
Framgångsfaktorer	När utbildningen ger tid för gruppdiskussioner, reflektion och handledning. Checklista. Samarbetet med MAS. Registrering i Svenska Palliativregistret.		
Hinder	Svårt att tillgodose de fyra hörnstenarna i palliativ vård p.g.a. resursbrist. Splittrad journalföring, Hälso-sjukvård och Socialtjänst. Det var svårt att få med cheferna i projektet. Kommunikationsproblem fanns mellan sjuksköterskor och omsorgspersonal på enheterna. Tidsbrist hos läkarna		
Lärdomar av projektet	En förutsättning för att en palliativ vårdfilosofi ska kunna användas på VoB är att det finns stöd, intresse och engagemang från både chefer, läkare samt ansvariga i kommun och landsting. Projektet har skapat goda relationer mellan VoB och ASiH. Kommunerna bör ställa högre krav vid upphandling gällande registrering i Palliativa registret, sjuksköterskebemanning dygnet runt, att palliativa ombud finns samt kontakten med den specialiserade palliativa vården.		
Efter projektet	Konsultfunktionen kommer att fortsatt erbjudas när projektet avslutas. Fortsatt registrering i SPR.		

Projektbudget: 1 856 400 kronor

SOLLENTUNA PRESENTERAR

THE TEAM

En god omvårdnad i livets slutskede kan lättare uppnås genom ett väl fungerande teamarbete som bygger på ömsesidig förståelse, tillit och samsyn kring uppgiften. För att skapa denna teamkänsla i arbetslaget fokuserar vi på att få alla, oavsett titel, funktion eller utbildning, att bidra med just sin unika kompetens. Återkommande utbildningsdagar kring exempelvis symtomlindring, omvårdnad, nutrition, kommunikation och smärta är centrala delar.

Projektledare: Marie Walheim

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell E: Tvärdisciplinära storföreläsningar och gruppsamtal

Löwet ASiH, som ansvarade för utbildningsmodellen är ett helägt dotterbolag till Praktikertjänst. Löwet ASiH ansvarar för den avancerade hemsjukvården i Sollentuna, Upplands Väsby och Märsta och har en palliativ vårdavdelning på Löwenströmska sjukhuset där projektledaren arbetar som chefssjuksköterska.

Projektgruppen vid ASIH har fungerat som styrgrupp för projektet och har regelbundet informerat till MAS. MAS i Sollentuna fanns med som stöd under det andra projektåret och då framför allt vid problem med anmälningar från SÄBO-personalen till de olika utbildningstillfällena.

Delprojektledaren har haft hjälp från det multiprofessionella teamet från ASIH i utbildningarna.

Målet för projektet skulle nås genom att öka personalens kunskaper om och förståelse för omhändertagande i livets slutskede. All personal från SÄBO-enheterna bjöds in till en heldagsutbildning med föreläsningar. Utöver heldagsutbildningen erbjöds samtalsgrupper med kurator samt särskilda utbildningstillfällen för utvalda personalgrupper. Sjuksköterskorna fick utbildning i smärtlindring och i registrering i Palliativa registret. Läkarna erbjöds utbildning en eftermiddag. Även sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt kostombud erbjöds utbildning. Under andra året koncentrerades utbildningen till personal på verksamhetsnivå (chefsbefattningar) och sjuksköterskenivå.

Resultatsammanfattning

Nio av tretton enheter kom att ingå i utbildningssatsningen. De nio enheterna hade tillsammans 350 platser och ungefär lika många anställda. Totalt var det 302 av dessa som på något sätt involverades i utbildningen; undersköterskor, vårdbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschefer. Endast ett fåtal läkare var med på utbildningen. Samtliga enheter hade påbörjat registrering i Palliativa registret vid projektslut.

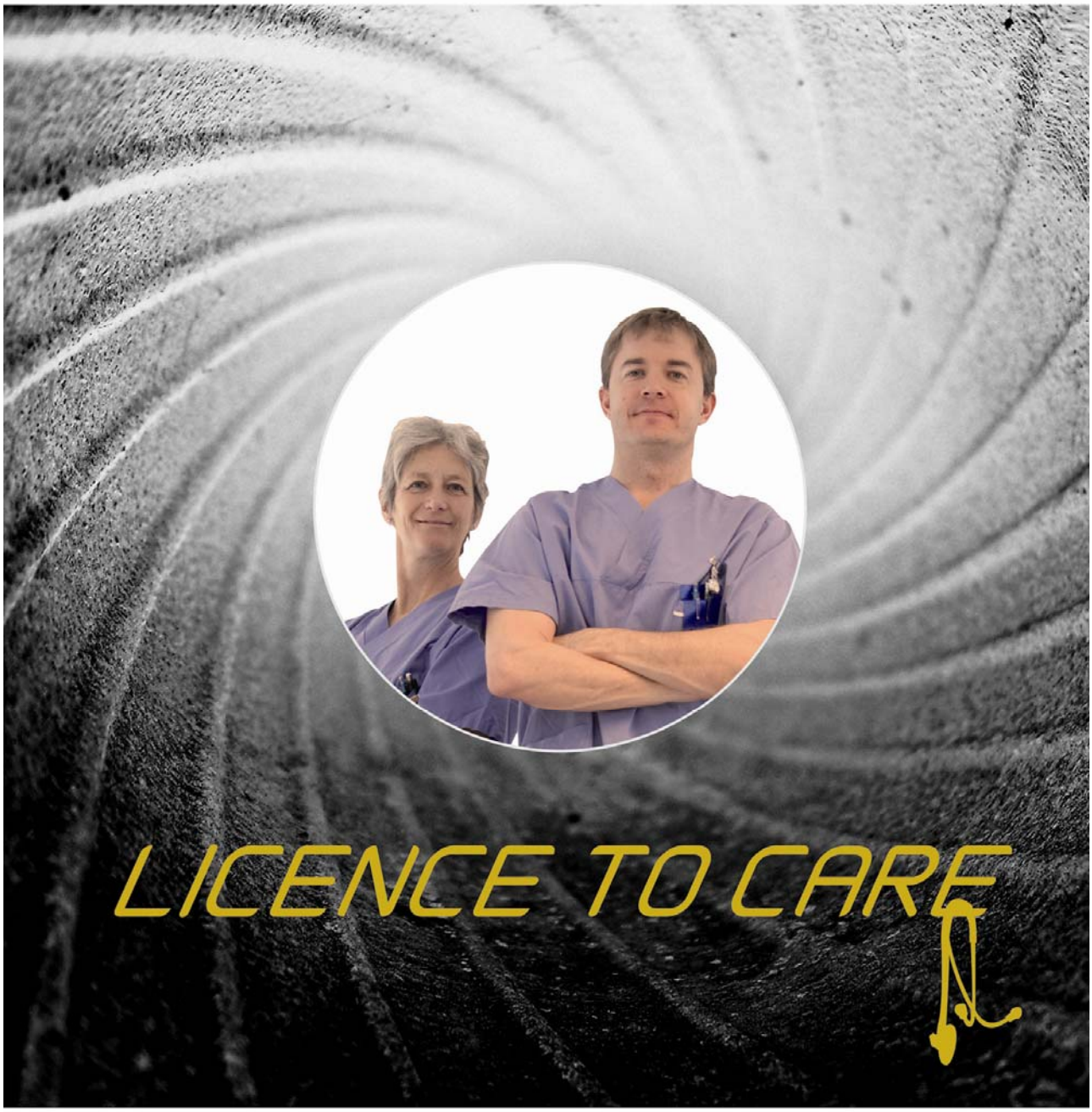
ASiH erbjöd VoB konsultstöd vilket enbart användes vid enstaka tillfällen enligt delprojektledaren.

Resultatsammanställning utbildningsmodell E: Sollentuna

Ansvarig utbildningsenhet	ASiH Löwet			
Delprojektledare	Marie Walheim, ssk			
Andel personal i utbildning	86 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	MAS har stöttat projektet och fått kontinuerlig information från projektledaren			
Registrering i palliativa registret	Samtliga enheter har startat registrering.			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Nej			
Samarbete mellan ASiH och SÄBO	ASiH har erbjudit SÄBO-enheterna konsultstöd men den används sällan.			
Framgångsfaktorer	Samverkan med MAS. Stöd från ledningen. Tid för planering. Registrering i palliativa registret			
Hinder	Svårt att få fram information till verksamhetschefer. Flera samtidigt pågående projekt i kommunen påverkade negativt. Omorganisationer på enheterna. Tidsbrist – svårt hitta tider för utbildningstillfällen.			
Lärdomar av projektet	Det spelar ingen roll hur duktiga medarbetarna är om inte stödet finns från ledningen. Det måste finnas strukturer och rutiner för omhändertagandet av döende.			
Efter projektet	Inga fortsatta åtgärder är planerade.			

Projektbudget: 832 150 kronor

HANINGE PRESENTERAR



”Samtliga medarbetare ska känna sig trygga i sin arbetssituation. Det är när vi är trygga, och inte minst stolta, som verklig förändring kan ske. Med trygghet kommer arbetsglädje, vilket borgar för ett värdigt omhändertagande, både i omvårdnaden av den äldre personen, men även av de närstående. Vi skapar trygghet genom en gemensam kunskapsbas, diskussioner och att vi bekräftar de kunskaper som redan finns hos medarbetarna. Detta ger förutsättningar för en god omvårdnad i livets slutskede.”

Projektledare: Britten Askestad och Kerstin Witalis

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell F: Arbetsplatsförlagd utbildning i tvärprofessionella team

ASIH vid Handengeriatriken, ett bolag inom Praktikertjänst AB, ansvarade för utbildningsmodellen. Handengeriatriken har tre slutenvårdsavdelningar varav en är specialiserad på palliativ vård. Här finns en öppenvårdsverksamhet bestående av bl.a. ASiH, Äldreteam, rehabilitering och en minnesutredningsenhet. ASiH har i uppdrag att ge avancerad vård i hemmet inom Haninge och Tyresö kommun. Delprojektledarna arbetar som sjuksköterskor på ASiH.

En styrgrupp bestående av chefer från Haninge kommun och Handengeriatriken hade regelbundna möten under projektets första del. Därefter rapporterade projektledarna direkt till styrgruppsmedlemmarna.

MAS ingick i den projektgrupp som inledningsvis planerade för utbildningarnas genomförande och innehåll och var med och tog fram den checklista för vård i livets slutskede som nu används i kommunen. I projektgruppen deltog också personal från ASiH, två av de berörda enhetscheferna, en sjuksköterska från ett av boendena och kommunens kompetenssamordnare för kravmärkt yrkesroll.

Utbildningssatsningen erbjöds personal från alla yrkeskategorier inom vård- och omsorgsboende. Innehållet skulle stödja ett tvärprofessionellt arbetssätt och utgå från den palliativa vårdens fyra hörnstenar. Utbildningen gavs i tre delar om totalt nio timmar och till personal från samtliga enheter. Första delen genomfördes med en föreläsning i storgrupp medan del två och tre genomfördes som tvärprofessionella gruppdiskussioner på enheterna.

Under det andra året utsågs palliativa ombud på varje enhet. De utbildades i att använda det framtagna utbildningsmaterialet. Projektledarna medverkade i reflekterande samtal med personalgrupper på enheterna. Slutligen anordnades en föreläsningsserie för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och de palliativa ombuden.

Resultatsammanfattning

Tio enheter med sammanlagt 372 platser och cirka 420 personal omfattades av projektet. Enligt delprojektledarna har 396 anställda involverats i utbildningsdsatsningen. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal gick tillsammans. En av de två läkarna tackade nej till utbildningen men har informerats om checklistan och det Palliativa registret. En enhet registrerade i Palliativa registret redan innan projektet startade, samtliga enheter registrerade när projektet avslutades.

ASiH erbjöd konsultstöd under projekttiden men den användes sällan enligt delprojektledarna.

Resultatsammanställning utbildningsmodell F: Haninge

Ansvarig utbildningsenhet	ASiH Handen			
Delprojektledare	Kerstin Witalis, ssk, Britten Askestad, ssk			
Andel personal i utbildning	94 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	MAS deltog i en del av arbetsgruppens möten och var med och tog fram den checklista som användes.			
Registrering i palliativa registret	Samtliga enheter registrerar i registret vid projektets slut			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	Nej			
Samarbete mellan ASiH och SÄBO	ASiH har erbjudit konsultstöd men det används sällan.			
Framgångsfaktorer	Den engagerade personalen. Checklistan, som nu är en del av kommunens riktlinjer. Att alla enheter utom en har en gemensam huvudman i Haninge kommun har underlättat kommunikationen och möjliggjort en stor genomslagskraft. Att samtliga vård- och omsorgsboenden har deltagit.			
Hinder	Skilda journalsysten (SOL och HSL) gör att omsorgspersonalen inte kan läsa den palliativa vårdplanen. Teamarbete finns sällan. Bristen på sjuksköterskor på icke-kontorstid är ett hinder.			
Lärdomar av projektet	Ledningen måste ge sitt stöd till arbetet. Svårt att nå sjuksköterskorna på grund av deras tidsbrist. Det visade sig att sjuksköterskorna prioriterade riktad utbildning framför den team- gemensamma. Det har varit mycket värdefullt för vårdnära personal att få reflektera över hur vårdens innehåll ser ut den sista levnadstiden.			
Efter projektet	Efter projektslut finns behov av stöd till de palliativa ombud som skall fortsätta att utbilda andra. Kommunen har ställt sig positiv till att projektledarna även fortsättningsvis sammankallar ombud till träffar och hålla igång ett elektroniskt nätverk.			

Projektbudget: 1 293 000 kronor

SÖDERMALM PRESENTERAR

Dialog + Reflektion

Vikten av dialog och reflektion kan inte nog betonas i samband med god omvårdnad i livets slutskede. Att våga öppna upp för diskussion och aktivt försöka bryta tystnaden om döden ser vi som viktiga delar. Samtidigt som vi skapar trygghet i arbetslaget får varje enskild medarbetare möjligheten att växa. Föreläsningar varvat med diskussioner kring vardagliga händelser syftar till att öka kunskapen om den palliativa vårdfilosofin och stimulera till att medvetet arbeta utifrån ett personfokuserat förhållningssätt i den dagliga omvårdnaden.

Projektledare: Jane Österlind

PALLIATIV VÅRD I SÄBO är ett projekt som vänder sig till alla som arbetar inom särskilt boende. Genom att tillsammans utveckla den palliativa vården vill vi uppnå en högre vårdkvalitet samt ökad trygghet för boende, närstående och personal. Äldre personer i livets slutskede ska erbjudas vård och omsorg präglat av ett palliativt förhållningssätt utgående från den palliativa vårdfilosofins fyra hörnstenar. En förhoppning är också att den äldre personen i så hög grad som möjligt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö till livets slut.

Projektet innebär att specialister inom området vård i livets slutskede i samverkan med kommunerna erbjuder utbildningar och konsultstöd till personal och läkare i SÄBO. Utbildningarna utformas lokalt i de olika delprojekten och följer den palliativa vårdfilosofin. Utvärdering av projekten sker med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder (enkäter, register och intervjuer).

Välkommen att kontakta oss om du vill veta mer!

FYRA HÖRNSTENAR

SYMTOMKONTROLL
Analysera, behandla, följa upp och dokumentera olika symtom.

KOMMUNIKATION
Kommunikation inom och mellan arbetslag, med patient och närstående.

TEAMARBETE
Samarbete mellan olika yrkeskategorier.

NÄRSTÅENDESTÖD
Stöd till närstående under vårdtiden och efter dödsfallet.

Stockholms läns landsting

KSL Kommunförbundet Stockholms Län

För mer information: www.pvis.se

FOU nu

Utbildningsmodell G: Föreläsningar och reflekterande samtal

Ersta Hospiceklinik vid Ersta sjukhus i samverkan med Södermalms stadsdel ansvarade för utbildningssatsningen. Ersta Hospiceklinik består av en vårdavdelning och en ASiH-enhet. Hospicekliniken vårdar främst personer med avancerad cancersjukdom som behöver vård i livets slutskede. ASiH bedriver vård i Gamla Stan, på Södermalm och i Hammarby Sjöstad.

Stadsdelens biträdande äldreomsorgschef, MAS (två personer), verksamhetschefen vid hospicekliniken och två av klinikens chefssjuksköterskor tillsammans med projektledaren bildade projektets styrgrupp (projektledningsgrupp).

Målet med delprojektet var att öka personalens kompeens i den palliativa vårdens filosofi och förhållningssätt. Det skulle ske genom undervisning och handledning. Projektet vände sig till fyra enheter i kommunal regi och en enhet som drevs på entreprenad. En av de kommunalt drivna boendena övergick under projekttiden (efter basutbildningen) till entreprenaddrift.

Det huvudsakliga upplägget bestod av sju träffar med cirka 15 personer per kursomgång. Vid de sju träffarna varvades föreläsningar med reflekterande samtal utifrån den palliativa vårdfilosofin. Utbildningen strukturerades utifrån de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Läkarna träffades separat i samband med deras ordinarie veckomöten.

Med hjälp av utbildningsmodellen ville man visa hur man med stöd av teamets olika medlemmar kan belysa en och samma situation på olika sätt och genom det få en effekt liknande ”1+1 = 3”.

Utöver dessa riktade föreläsningar arbetade man för att nå hållbarhet. Bland annat arbetade man med att stärka personalen i att bemöta närstående. På ett boende arbetade man med personcentrerad vård utifrån en teoretisk ram. ”De sex S´n”. Modellen/tankeramen har sin teoretiska förankring i den forskning som utvecklats av psykiatrikern Avery D Weisman och medarbetare om innebörden av en värdig eller god död och hur den kan utvärderas. Modellen används som tankeram för hur man kan planera och individualisera vården och omsorgen.

Resultatsammanfattning

De fem deltagande enheterna hade tillsammans 325 platser och ungefär lika många anställda. Utbildningssatsningen nådde enligt projektrapporten 310 av de anställda (95 %). Sjuksköterskor och omsorgspersonal utbildades tillsammans medan läkarna hade enskilda utbildningstillfällen. Även sjukgymnaster och arbetsterapeuter erbjöds utbildning.

Enheternas eventuella registrering i palliativa registret har varit svår att verifiera. Enligt delprojektledaren har boendena haft svårt att motivera sig till att använda registret. Konsultkontakten med ASiH har endast utnyttjats vid ett fåtal tillfällen.

Resultatsammanställning utbildningsmodell G: Södermalm

Ansvarig utbildningsenhet	ASiH Ersta			
Delprojektledare	Jane Österlind, ssk, med dr			
Andel personal i utbildning	95 %			
Deltagande yrkesgrupper	Usk/vb	Ssk	Läk	Sjg, At
MAS delaktighet i projektet	MAS har varit representant i projektets styrgrupp			
Registrering i palliativa registret	Alla enheter är anmälda till registret men osäkert om mer än en enhet registrerar. Anledningen till utebliven registrering handlar till en del om osäkerhet kring vilka data som kommer ut ur registret och dess tillförlitlighet.			
Konsultstöd ute på arbetsplatserna	ASiH har sedan tidigare avtal med stadsdelarna om att ge konsultstöd.			
Samarbete mellan ASiH och VoB	ASiH har utsett en kontaktsjuksköterska till varje boende som konsultstöd men tjänsten används mycket sällan.			
Framgångsfaktorer	I kontakten/utbildningen av VoB-läkarna fungerade det bäst när en palliativ specialist besökte läkargruppen på deras ordinarie veckomöten.			
Hinder	Yrkesansvaret som följer av både SOL och HSL gagnar inte äldre personer. Helhetsperspektivet saknas liksom samtalen mellan olika professioner för att optimera omhändertagandet.			
Lärdomar av projektet	En påtaglig kulturkrock har varit hur man ser på utbildning. Traditionell envägskommunikation har ställts mot deltagaraktiv undervisning. En annan ”krock” har varit omsorgspersonalens syn på döendet och döden och de förväntningar man upplever sig ha på att hantera uppgifterna i samband med dödsfall. I vissa kulturer är det särskild personal som tar hand om den döda kroppen. Här (i Sverige) förväntas vårduppdraget fortsätta tills den döde lämnat avdelningen.			
Efter projektet	Projektledaren skriver att det är för tidigt att säga hur möjligheterna för hållbarhet ser ut efter projektet. Det som talar för hållbarhet är att vård i livets slutskede är ett prioriterat område för kommunens anställda inom VoB, samt att det har skett en attitydförändring hos personalen, där fokus har flyttats från problem till att se individen bakom problemen. Nya former för kontakten mellan ASIH och VoB ska arbetas fram.			

Projektbudget: 1 910 000 kronor

Andra aktiviteter inom ramen för PVIS

Utbildningsmaterial i Palliativ vård för personal som arbetar på vård och omsorgsboende

Styrgruppen för PVIS gav det resursteam som arbetat med utbildningsmodell 1 i uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial. Genom materialet skulle hållbarheten stärkas i projektet. Utbildningsmaterialet fick namnet Palliativ vård för äldre, och består av flera delar;

1. En handbok för den som utbildar personal och närstående om vård i livets slutskede.
2. En bildpärm ”Palliativ vård för äldre”.
3. Ett USB-minne innehållande två bildspel ”Livet” och ”Livet förändras” som är berättelser om Märta före, under och efter den sista tiden i livet.
4. En Power Point-presentation om palliativ vård för äldre.
5. Två symboler i form av en mantel (sjal) och en docka som används i undervisningen i det palliativa förhållningssättet.
6. En broschyr; Livets sista tid, gjord av Ulla Söderström.
7. En inspirationsfilm om nyttan av att registrera i det Svenska Palliativregistret

Utbildningsmaterialet är specifikt anpassat för personal inom vård- och omsorgsboende och ska ses som en första del i en utbildningssatsning. Materialet togs fram i samarbete med sakkunniga och personal inom palliativ vård och det har granskats av enheten för forskning om vård i livets slutskede vid Ersta Sköndal högskola samt av FOU äldre norr.

Materialet är tänkt att fungera som stöd för de palliativa ombuden och för de som utbildar eller informerar om vård i livets sista tid för personal eller anhöriga till boende på vård- och omsorgsboende.

Ambitionen är att någon eller några från varje kommun eller stadsdel i Stockholm län, med lämpliga kunskaper i palliativ vård, ska få tillgång till utbildningsmaterialet och ges en kortare introduktion till hur materialet ska användas. Varje kommun och stadsdel ansvarar därefter för att materialet används i syfte att sprida kunskap om det palliativa förhållningssättet. Materialet har tagits fram och testats i ett av områdena men har även använts under projektets senare del i några av de andra modellerna

Under projektets sista år producerades också en film. Syftet med filmen var att informera om och förklara varför man bör registrera i det palliativa registret. Målgruppen var den samma som utbildningsmaterialet alltså personal ute på vård- och omsorgsenheter men den kan också användas av hälso- och sjukvårdspersonal vid introduktionstillfällen för utbildning i Palliativa registret.

Konferenser

Under projekttiden genomfördes fyra större konferenser för att informera om projektet till olika målgrupper.

1. I februari 2010 hölls en konferens på Ingenjörshuset i Stockholm på temat vård i livets slutskede; Hur kan vi säkerställa ett gott omhändertagande i livet slutskede för boende i SÄBO? Ett gemensamt ansvar. TV-profilen Anne Lundberg engagerades som moderator under dagen och olika föredragshållare berättade om nuläget och kunkapsläget inom området samt om projektets aktiviteter ute i länet. Seminariet avslutades med en paneldiskussion där fokus låg på viktiga faktorer för utveckling av området som gemensamt arbetssätt, kompetens, organisation och gemensamma kvalitetsparametrar. Målgruppen var ansvariga politiker och tjänstemän inom kommun och landsting. Totalt lockade konferensen cirka 140 deltagare.

2. Den 19-20 maj 2010 genomförs en tvådagarskonferens riktad till läkare inom särskilt boende; Palliativ vård i SÄBO. Platsen för konferensen var Djurönäset på Värmdö. Arrangör för dagarna var förutom projektet även Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samarbete med SÄBO-rådet och FOU äldre norr. Drygt 60 av Stockholms läns SÄBO-läkare deltog. Syftet med dagarna var att ge en introduktion till den palliativa vårdens hörnstenar och de innehöll föreläsningar om brytpunktssamtal, smärtbehandling, Palliativa registret, LCP, läkemedelsterapi och palliativ vård vid demens.

3. I november 2010 genomfördes på nytt en konferens på Ingenjörshuset i Stockholm om palliativ vård och det palliativa registret. Målgruppen denna gång var i första hand kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Syftet var att belysa och diskutera MAS roll i det palliativa arbetet. De inbjudna föredragshållarna berättade om palliativ vård för personer med demenssjukdom, det palliativa registret och hur MAS kan använda registret i sitt arbete samt projektets pågående utbildningsinsatser i länet. Sammanlagt hade 35 deltagare anmält sig till konferensen.

4. I oktober 2011 avslutades hela projektet med en konferens som riktade sig till alla medverkande kommuner och stadsdelar. Här avrapporterades och diskuterades projektet.

Utöver dessa konferenser har projektet presenterats för Programberedningen och Hälso- och Sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting, för kommuner, pensionärsorganisationer, SKL och KSL samt under Almedalsveckan i Visby sommaren 2010.

Avslutningsord

Projektets möjligheter och hinder

I delprojektrapporterna har projektledarna ombetts att peka ut de möjligheter och hinder som konstaterats under projekttiden.

Möjligheter

De möjligheter som delprojektledarna förde fram kan sammanfattas i tre rubriker;

1. Personalens entusiasm
2. Samarbetet med kommunens tjänstemän
3. Den strukturerade omvårdnaden.

1. Flera av delprojektledarna framhåller omvårdnadspersonalens entusiasm och intresse för ämnet. Personalen har engagerat sig i de palliativa frågorna och varit angelägna om att införa rutiner för vården i livets slutskede, en faktor som är en grundförutsättning för att de utbildningssatsningar som genomförts ska få bestående effekt.

Utbildningssatsningen har både nått den personal som inte tidigare arbetet med palliativ vård, och bekräftat tidigare kunskaper hos personalen. Särskilt betonas nyttan av reflektionssamtal, gruppdiskussioner och handledning som ingått i utbildningssatsningarna.

2. I och med att kommunernas äldreförvaltningar ofta varit positiva och aktivt deltagit i projektet har goda möjligheter skapats för utveckling av den palliativa vården. Ett tydligt kommunalt stöd från ansvariga chefer gör att SÄBO-enheterna både påbörjar och också fortsätter att arbeta med exempelvis checklistor vid vård i livets slut samt med registrering i det palliativa registret. När MAS varit delaktig i projektarbetet har det setts som en särskilt viktig framgångsfaktor.

3. De olika instrument som introducerades i utbildningarna, både LCP och checklistor, visade sig vara bra både för att strukturera upp arbetet och för att få igång samtal och reflektioner kring arbetet. Några projektledare påpekade också nyttan med införandet av akut- och buffertförrådslista med läkemedel för patienter i det palliativa skedet.

Hinder

De hinder som delprojektledarna tar upp i delrapporterna kan sammanfattas i fyra rubriker;

A. Huvudaktörernas organisation
B. Brist på information
C. Brist på kommunikation
D. Brist på tid

A. Den nuvarande organisationen kan bli ett stort hinder om samarbetet mellan de tre huvudaktörerna; kommunerna, de privata vårdbolagen och landstinget inte fungerar.

För kommunen (som både kan vara utförare och beställare) kan det handla om bristande kunskaper gällande hur de ska formulera kravspecifikationer i sina upphandlingar. Hos utförarna av omsorgen måste det samtidigt finnas en djupgående kunskap och förståelse för vilka förutsättningar som krävs för att bedriva palliativ vård.

Landstinget ses som experterna inom palliativ vård men där saknas många gånger kunskap om hur den kommunala omsorgen bedrivs och är organiserad.

B. Flera av delprojektledarna lyfter fram att det har varit svårt att få kontakt med verksamhetschefer på vård- och omsorgsboendena. Omsättningen av chefer på boendena har varit hög under projekttiden och vid flera boenden har också den ansvarige utföraren (bolaget) skiftats under perioden, vilket resulterat i ytterligare svårigheter att kontakta verksamhetsansvariga. Sammantaget har det försvårat kommunikationen och informationen från projektledarna till de vård- och omsorgsboenden som ingått i projekten och försvårat planeringen av utbildningstillfällen.

C. Det tredje hindret handlar om brist på kommunikation i olika former. Några av delprojektledarna rapporterar att kommunikationen mellan personal (sjuksköterska och omsorgspersonal) kunde vara bristfällig vilket påverkade utbildningen. Andra rapporterade bristen på rutiner för teamarbete. De skilda journalsystemen (HSL respektive SOL) gjorde att omsorgspersonalen ibland fick svårt att ta del av den palliativa vårdplanen. Det kunde också pågå andra projekt samtidigt i kommunen som man inte hade vetskap om och

som splittrade personalens uppmärksamhet. Bristen på kommunikation kan också förklara det dåliga intresset från VoB för den konsulthjälp som ASiH erbjudit.

D. Tid eller bristen på tid är slutligen ett återkommande konstaterande. Personalen har haft svårt att få tid över för utbildningen, det gällde främst läkare och sjuksköterskor. I flera av delprojekten har även längre uppehåll uppstått i utbildningen på grund av problemet med att nå verksamhetscheferna. Tidshinder kan också handla om den starka tidspress som både läkare och sjuksköterskor upplever att de arbetar under. Sjuksköterskebemanningen på vård- och omsorgsboenden är låg och sjuksköterskan arbetar vanligtvis ensam. Av den anledningen har det i flera projekt varit svårt att få med sjuksköterskorna i utbildningarna. Tidspressen bland läkarna påverkar framför allt möjligheten att hinna med brytpunktsamtal. Bristen på sjuksköterskor på icke-kontorstid sågs som ett ytterligare hinder.

Avslutande ord från huvudprojektledaren

Det har varit fantastiskt roligt och stimulerande att få arbeta tillsammans med alla berörda ute i kommunernas och landstingets verksamheter, styrgruppen samt medarbetarna på FOU nu, men kanske främst med delprojektledarna som varit en väldigt positiv grupp med mycket kraft och kunskap.

Jag är glad över att så många medarbetare nu fått kunskaper som gör att de äldre på våra vård och omsorgsboenden kan få en god vård under den sista tiden i livet. Gemensamt kan personalgrupperna nu jobba för en ökad kvalitet av vården under livets sista dagar. Min förhoppning är också att alla yrkeskategorier i personalgruppen som arbetar kring den döende i framtiden ska erbjudas möjlighet till gemensam reflektionstid.

Mina personliga reflektioner från PVIS projektet finns att läsa i utvärderingsrapporten.

Ett stort tack för förtroendet!

Christina Riddebäck

Förkortningar och begrepp

ASiH	Avancerad sjukvård i hemmet vilka är landstingsfinansierade hemsjukvårdsteam.
FOU nu	Se nedan, FOU äldre norr.
FOU äldre norr	En forsknings- och utvecklingsenhet inom äldreområdet. Finansieras av landstinget tillsammans med sju norrkommuner i Stockholm; Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Solna, Sollentuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby. Sedan januari 2011 heter enheten FOU nu.
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting.
HSN-f	Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting.
LCP	Liverpool Care Pathway. LCP är en standardiserad vårdplan för vård av döende patienter.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen.
PVIS	Projekt Palliativ vård i SÄBO,. Namnet på projektet.
SPR	Svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister riktat till alla som vårdar människor i livets slut. Registret innehåller frågor som avspeglar centrala områden i det som kallas god palliativ vård.
SÄBO	Särskilt boende för äldre. Numer används ofta begreppet vård- och omsorgsboende för att beskriva de kommunalt finansierade enheterna.
VoB	Vård och omsorgsboende, tidigare benämning är Särskilt boende för äldre, SÄBO
WHO	Världshälsoorganisationen (World Health Organization).

Författarpresentation

Christina Riddebäck, är legitimerad sjuksköterska sedan 1980 med vidareutbildning i medicin & kirurgi, öppen hälso- och sjukvård samt palliativ vård. Hon har ett flertal ledarutbildningar bl.a. vid MIL institutet och är diplomerad projektledare och stresskonsult samt utbildad i sorg och krishantering. Christina har som sjuksköterska arbetat inom hemsjukvård, palliativ vård och geriatrik. Som chef och ledare har hon under de senaste 15 åren arbetat med att starta upp bland annat en ASiH-verksamhet och Äldrevårdscentralen i Solna. Intresset för samverkansfrågor, vårdutveckling och ledarskap inom kommunal och landstingsdriven verksamhet har gått som en röd tråd genom Christinas Riddebäcks yrkesliv. Christina var senast huvudprojektledare för PVIS-projektet.

Lars Sonde, är leg sjukgymnast och medicine doktor och har arbetat inom äldreområdet sedan 2001, som forskare, utredare och handledare. Lars var tidigare chef på FoU-enheten KC-Kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldrevård men arbetar nu vid Stockholms läns Äldrecentrum och FOU nu.

Referenser

- Davies, E. & Higginson, I.J. (200). Better palliative care for old people, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Fürst, CJ. (2009). Diagnostisera döendet. Äldre i Centrum, nr 4.
- Geriatrikens roll i samspelet mellan den lokala hälso- och sjukvården och akutsjukhusen. Stockholm läns landsting Stockholm: (opublicerat). (2006).
- Lynöe N,Juth N. (2009). Medicinska etikens ABZ, Stockholm: Liber .
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen (2010).
- Sandman, L. (2005). A good death: on the value of death and dying. Maidenhead: Open University Press.
- Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. (2006). Stockholm: Socialstyrelsen
- Vård i livets slutskede. (2004). Stockholm: Socialdepartementet. /05:166.
- World Health Organization (WHO) (2002).
- World Health Organization (WHO). (2002). Definition palliativ vård.
- www.pvis.se Palliativa projektets hemsida