

# Palliativ vård Sörmland Katrineholm

Greger Fransson  
Registerhållare

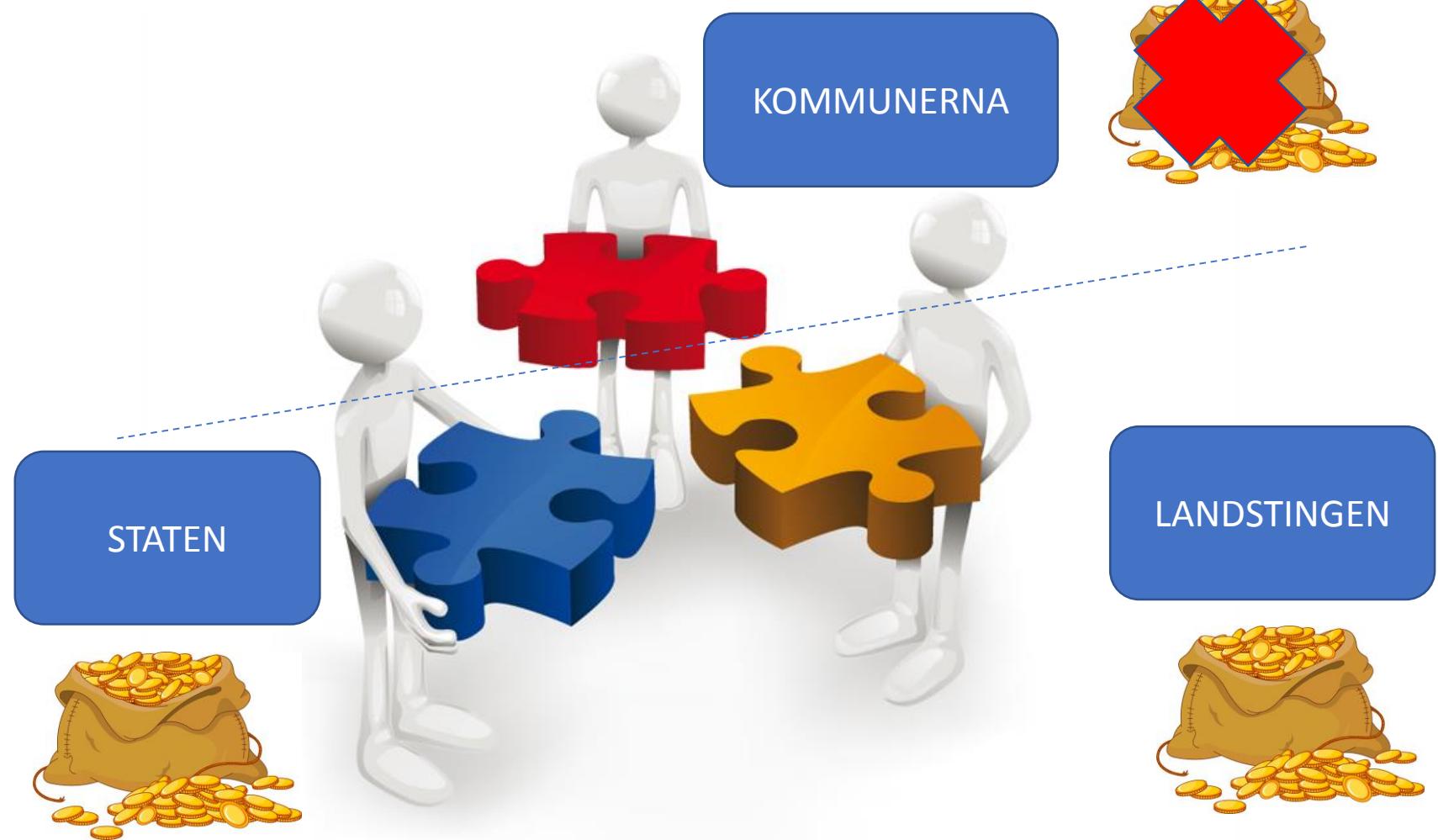
# Preliminär agenda

- Kunskapsstyrning
- Palliativ vård i Katrineholm
- Indikatorer
- Utvecklingsarbete

Detta beslutas just nu MEN  
Er hjälp behövs för att bli till handling



Detta beslutas just nu MEN  
Er hjälp behövs för att bli till handling



# 22 Nationella programområden, NPO

Hjärt- och  
kärlsjukdomar

Infektions-  
sjukdomar

Cancer-  
sjukdomar

Äldres hälsa

Rättvis vård  
Kvalitetsindikatorer  
Förbättringsarbete  
Huvudmannaansvar

# Övning 10 minuter

- Berätta för din bänkgranne
  - Vad är en Kvalitetsindikator?
  - Vilka sex Kvalitetsindikator finns för Palliativ vård i livets slut?
  - Vad finns det för målvärde för dessa indikatorer?
  - Vad har ni för resultat på din avdelning mätt som kvalitetsindikatorer?

# Kvalitetsindikatorer palliativ vård i livets slut + målvärden enligt Socialstyrelsen

- Andelen som erhållit Brytpunktssamtal av läkare -  $\geq 98\%$
- Andelen som ordinerats stark opioid mot smärta vb -  $\geq 98\%$
- Andelen som ordinerats injektionsläkemedel mot ångest vb -  $\geq 98\%$
- Andelen som smärtskattats sista levnadsveckan – 100 %
- Andelen som fått en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan -  $\geq 90\%$
- Andelen som avlider utan trycksår grad 2-4 -  $\geq 90\%$

# Resultat Katrineholm

## Indikatorer väntade dödsfall 2018

XL □

### Indikatorer väntade dödsfall 2018

Andel medicinska  
bedömningar 100 %

Mänsklig närväro i  
dödsögonblicket 90 %

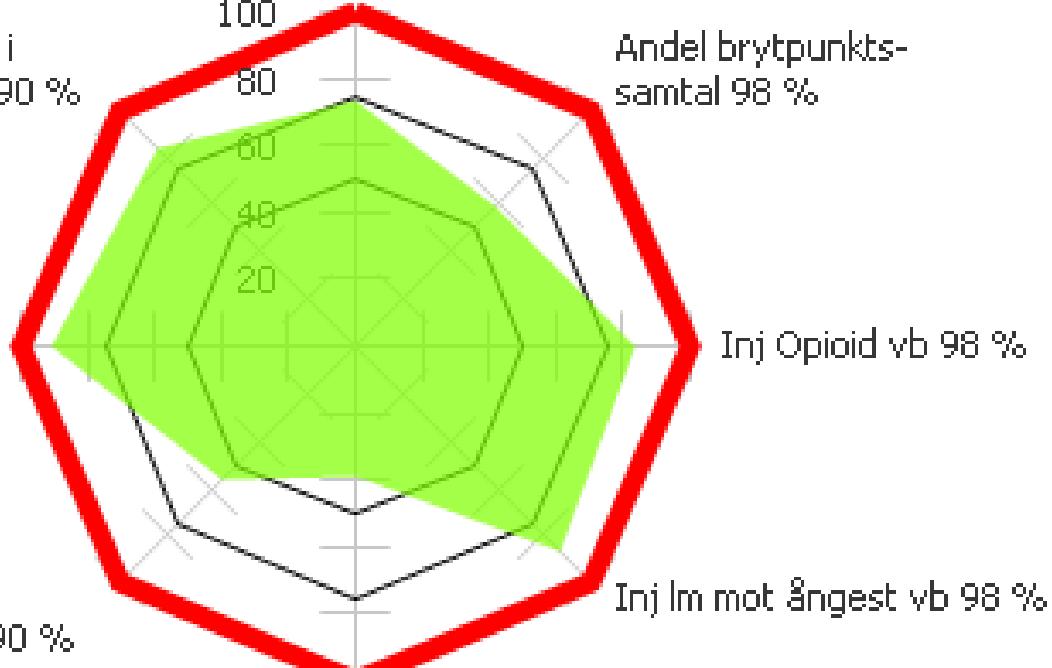
Andel brytpunkts-  
samtal 98 %

Inga Trycksår grad 2 - 4  
vid dödsfallet 90 %

Inj Opioid vb 98 %

Dokumenterad  
munhälsobedömning 90 %

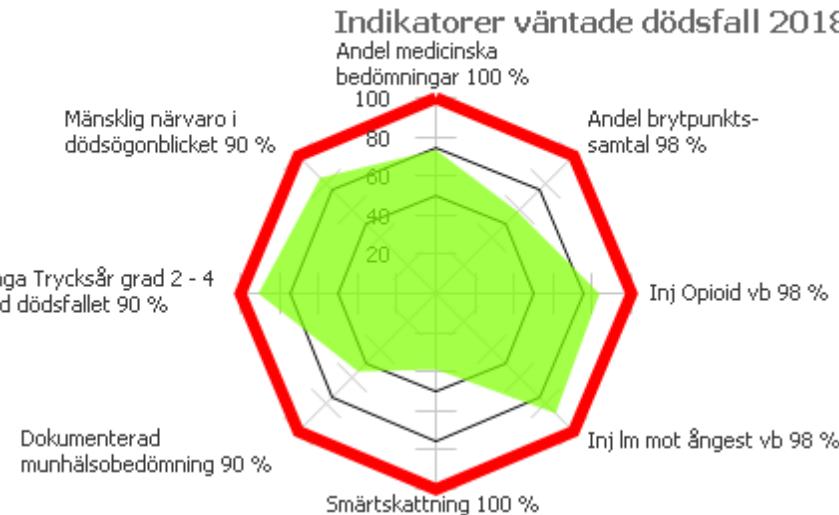
Smärtskattning 100 %



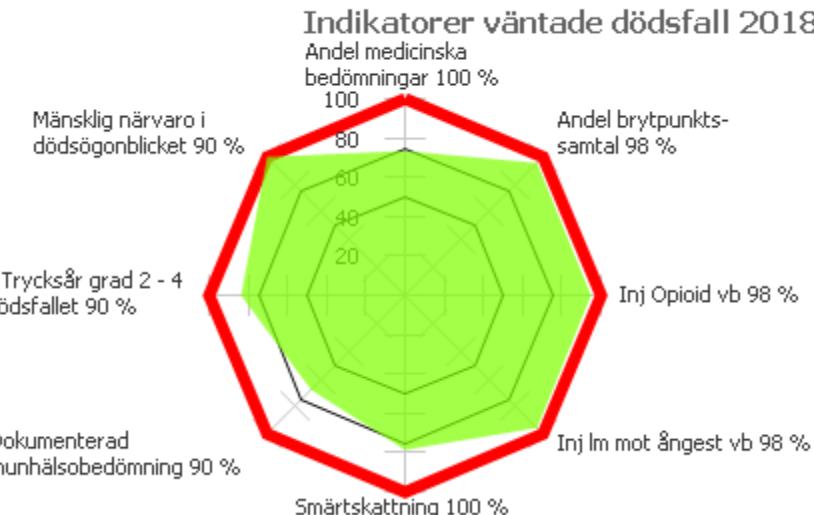
- Andel medicinska bedömningar 100 %
- Andel brytpunkts-samtal 98 %
- Inj Opioid vb 98 %
- Inj Im mot ångest vb 98 %
- Smärtskattning 100 %
- Dokumenterad munhälsobedömning 90 %
- Inga Trycksår grad 2 - 4 vid dödsfallet 90 %
- Mänsklig närväro i dödsögonblicket 90 %

# Resultat Katrineholm

Indikatorer väntade dödsfall 2018



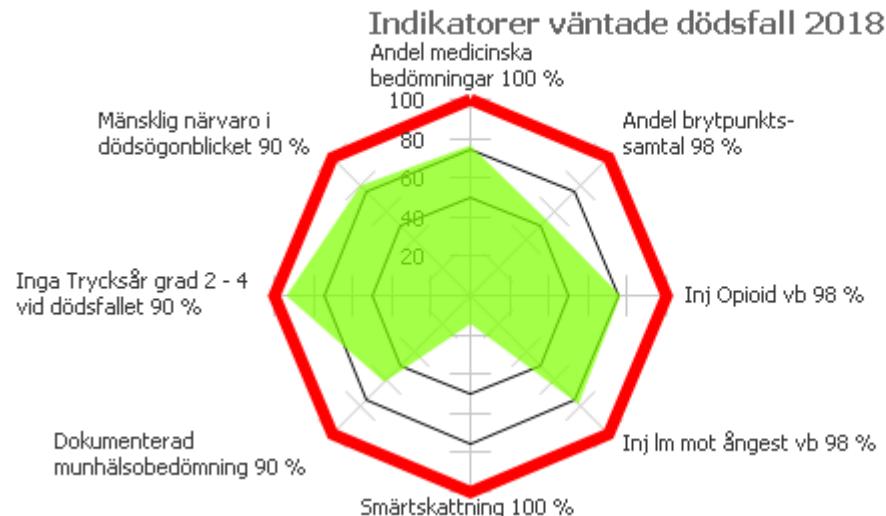
Indikatorer väntade dödsfall 2018



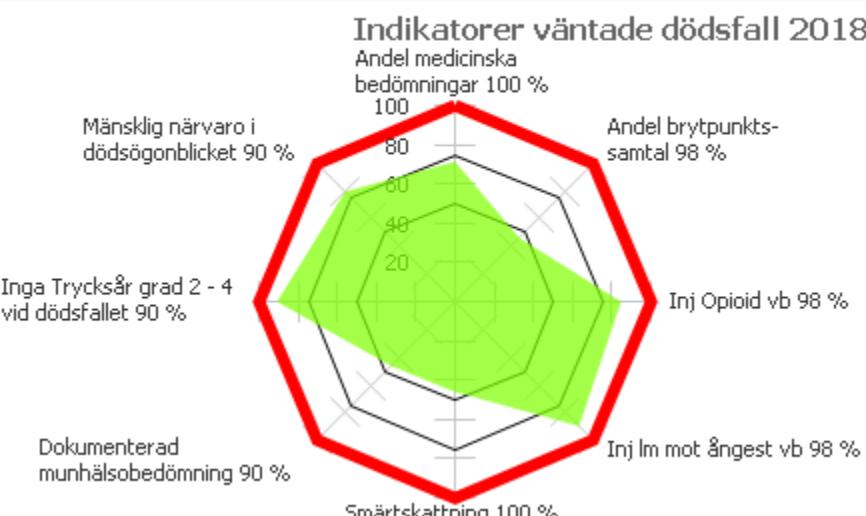
Indikatorer väntade dödsfall 2018

- Andel medicinska bedömningar 100 %
- Andel brytpunkts-samtal 98 %
- Inj Opioid vb 98 %
- Inj Im mot ångest vb 98 %
- Smärtskattning 100 %
- Dokumenterad munhälsobedömning 90 %
- Inga Trycksår grad 2 - 4 vid dödsfallet 90 %
- Mänsklig närvoro i dödsögonblicket 90 %

Indikatorer väntade dödsfall 2018



Indikatorer väntade dödsfall 2018



Indikatorer väntade dödsfall 2018

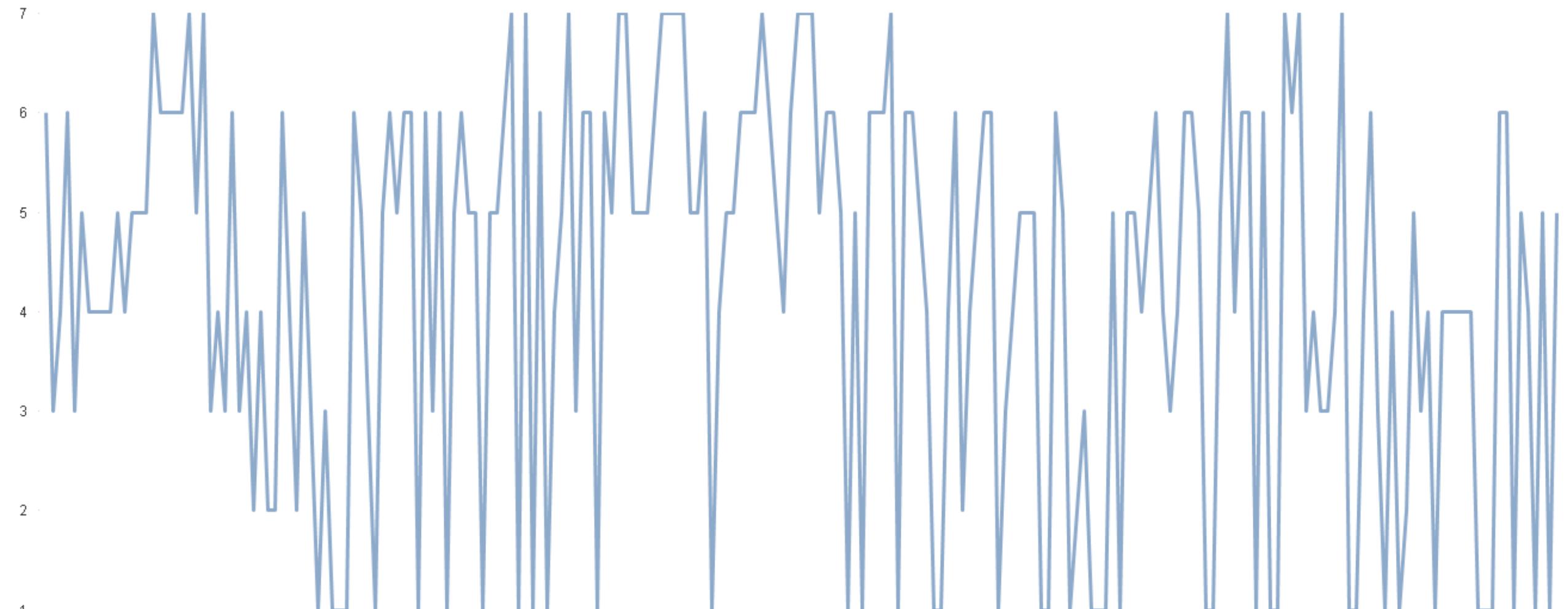
- Andel medicinska bedömningar 100 %
- Andel brytpunkts-samtal 98 %
- Inj Opioid vb 98 %
- Inj Im mot ångest vb 98 %
- Smärtskattning 100 %
- Dokumenterad munhälsobedömning 90 %
- Inga Trycksår grad 2 - 4 vid dödsfallet 90 %
- Mänsklig närvoro i dödsögonblicket 90 %

# Systematiskt arbete eller är det slumpen som styr?

- Rutiner
- Chefen efterfrågar resultat
- Informella ledare gör
- Introduktion av ny personal
- Hela verksamheten är organiserad för kunskapsstyrning
- Statistisk processkontroll = hur många indikatorer får varje patient ta del av

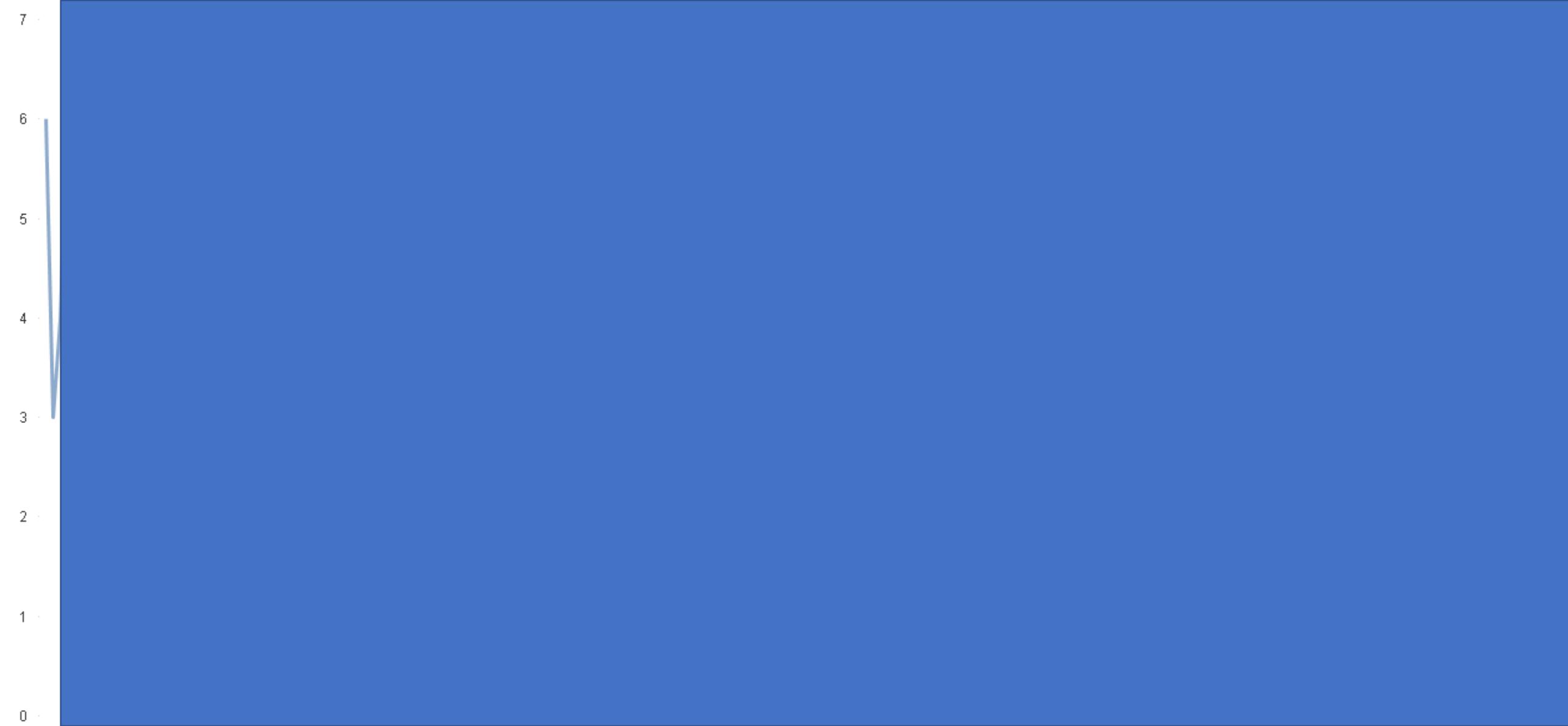
# Hela Katrineholm

Runchart 2018



# Hela Katrineholm

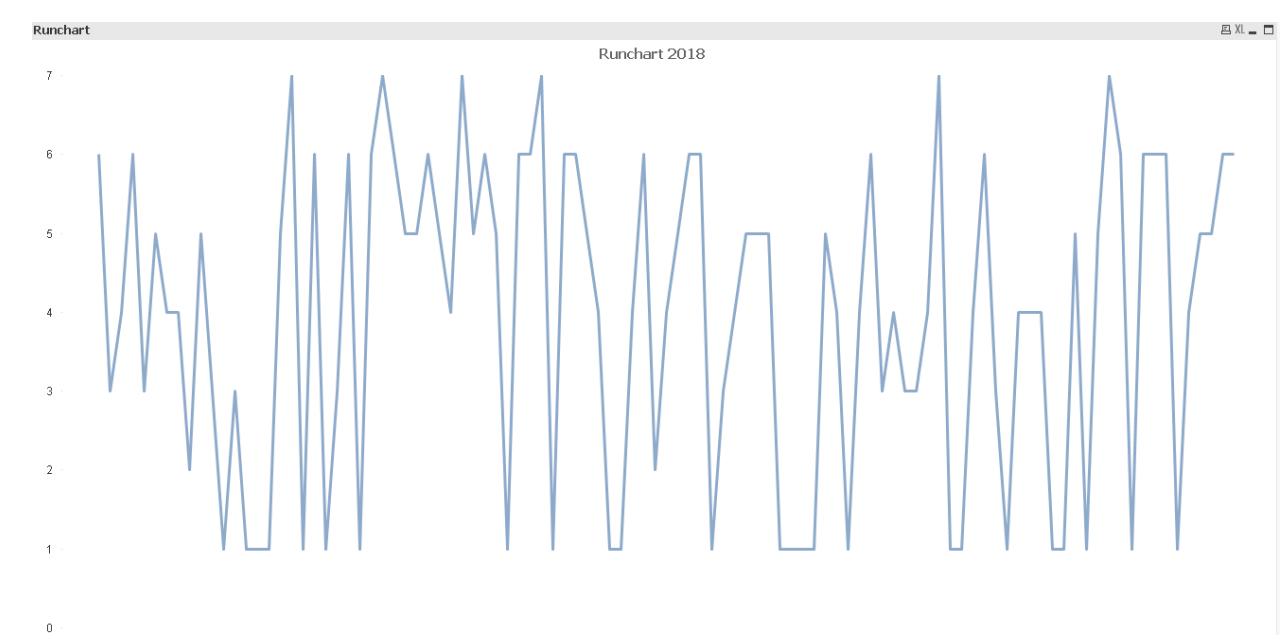
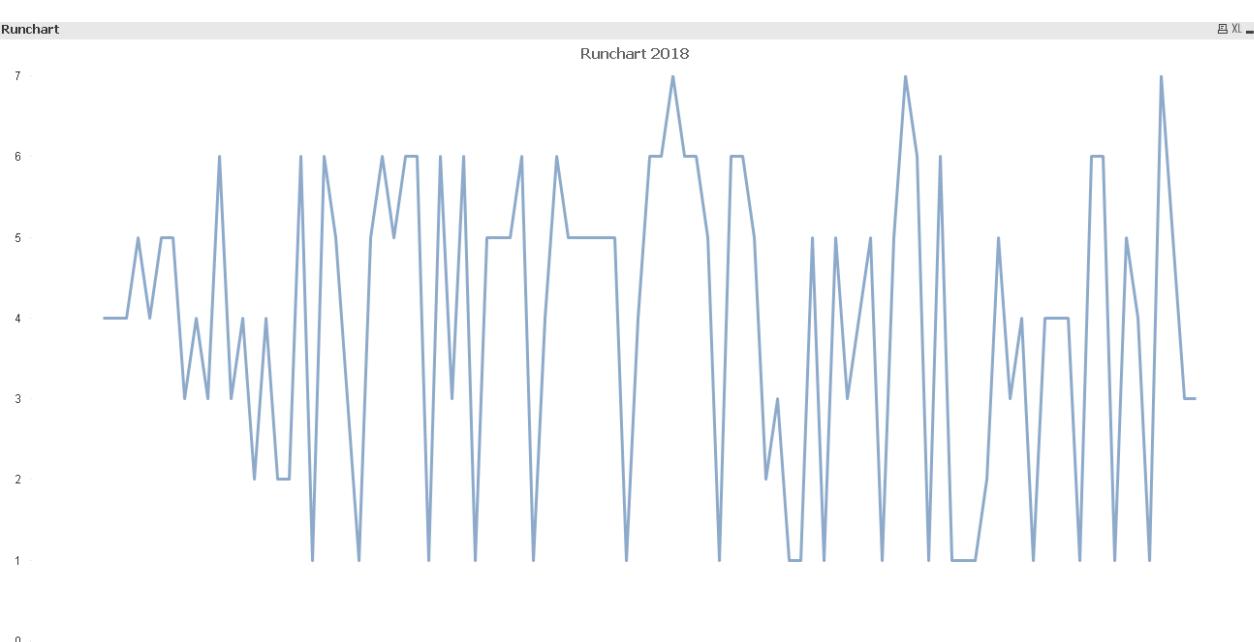
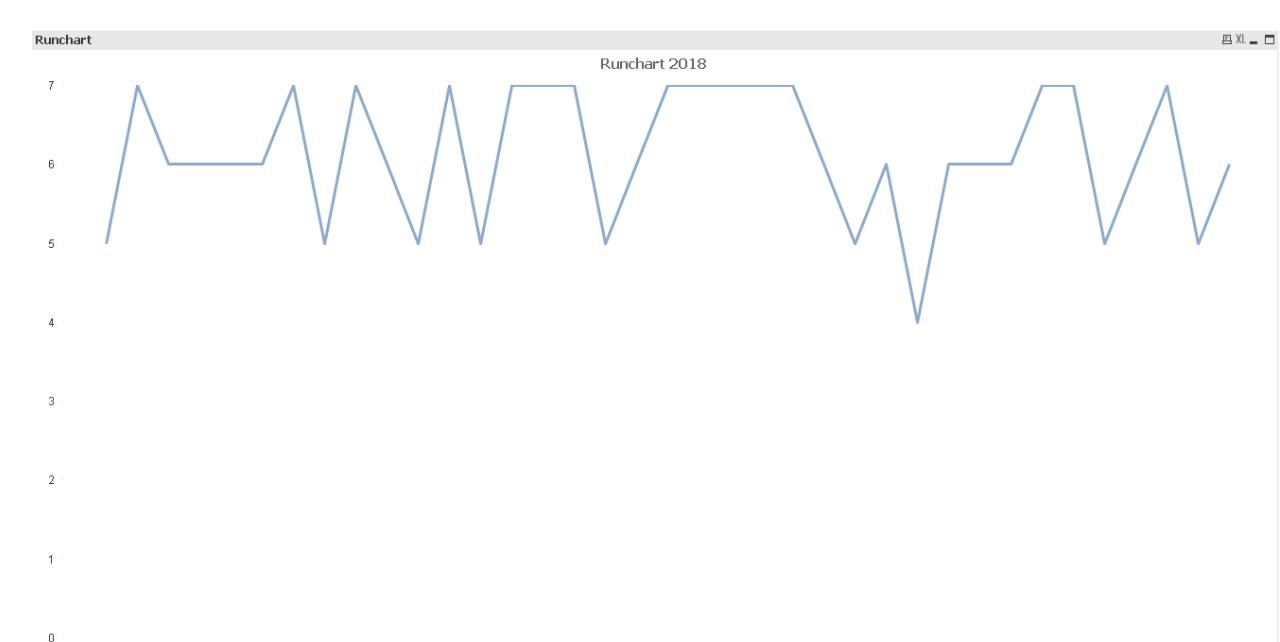
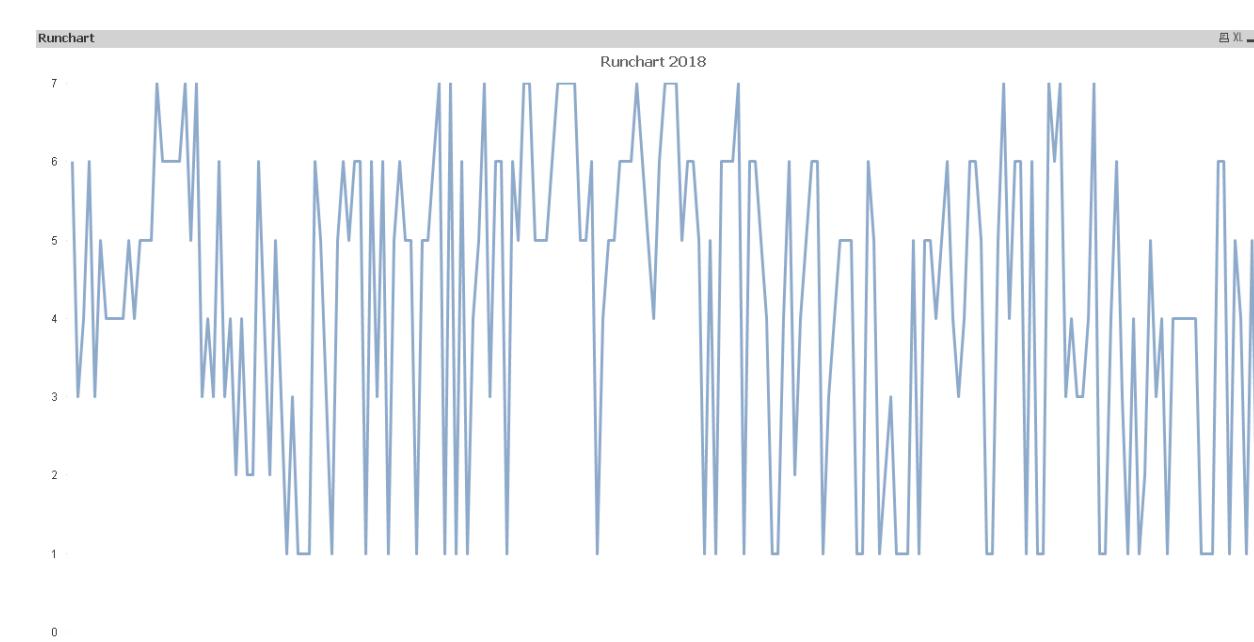
Runchart 2018



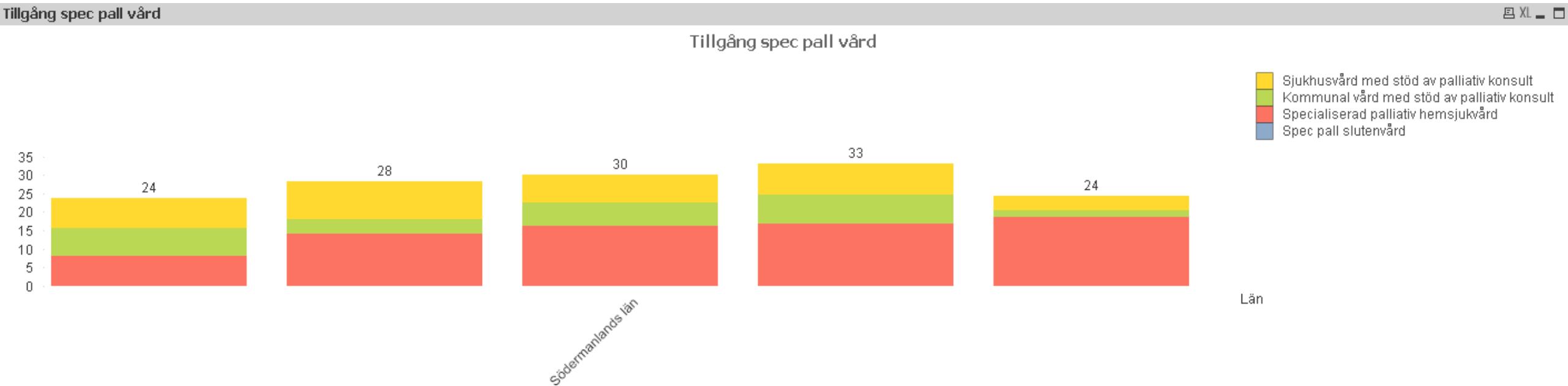
# Hela Katrineholm

Runchart 2018





# Tillgång till specialiserad palliativ vård

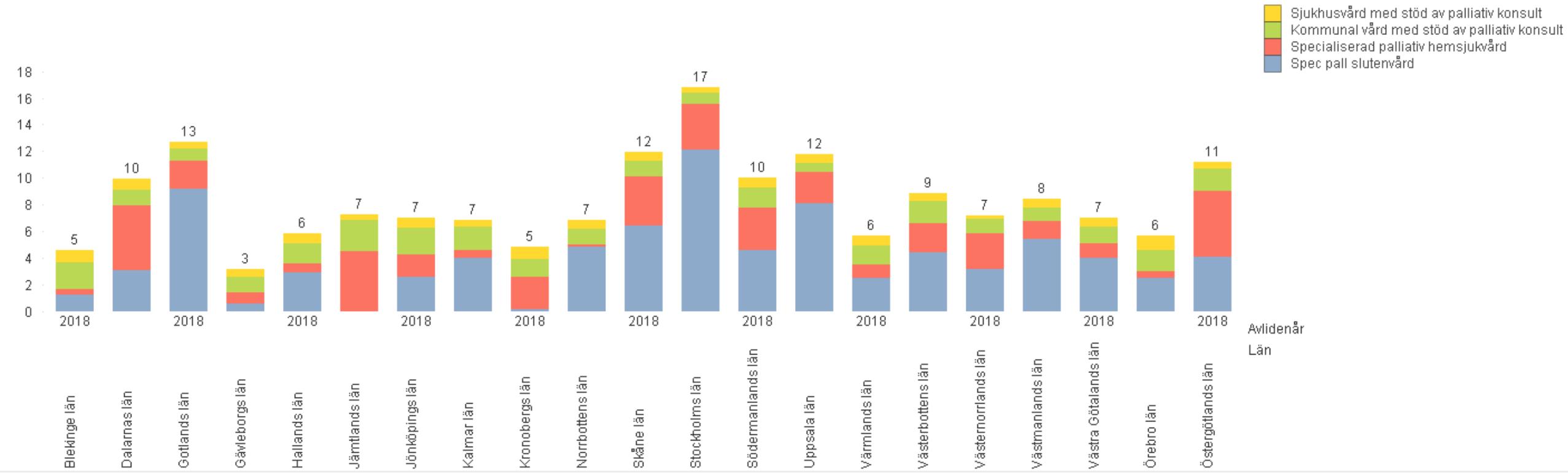


# Tillgång till specialiserad palliativ vård

## Tillgång spec pall vård

XL

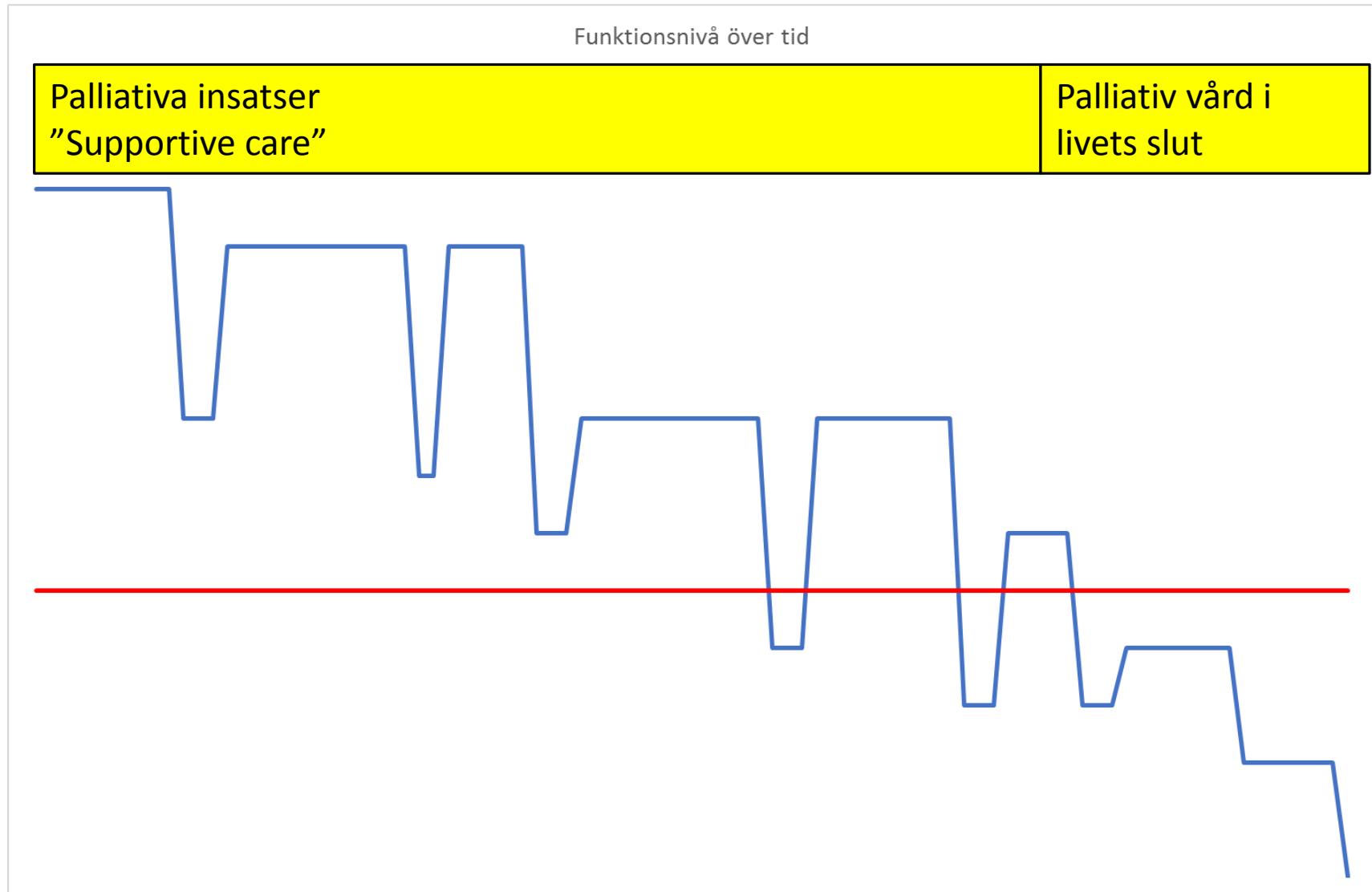
## Tillgång spec pall vård väntade dödsfall



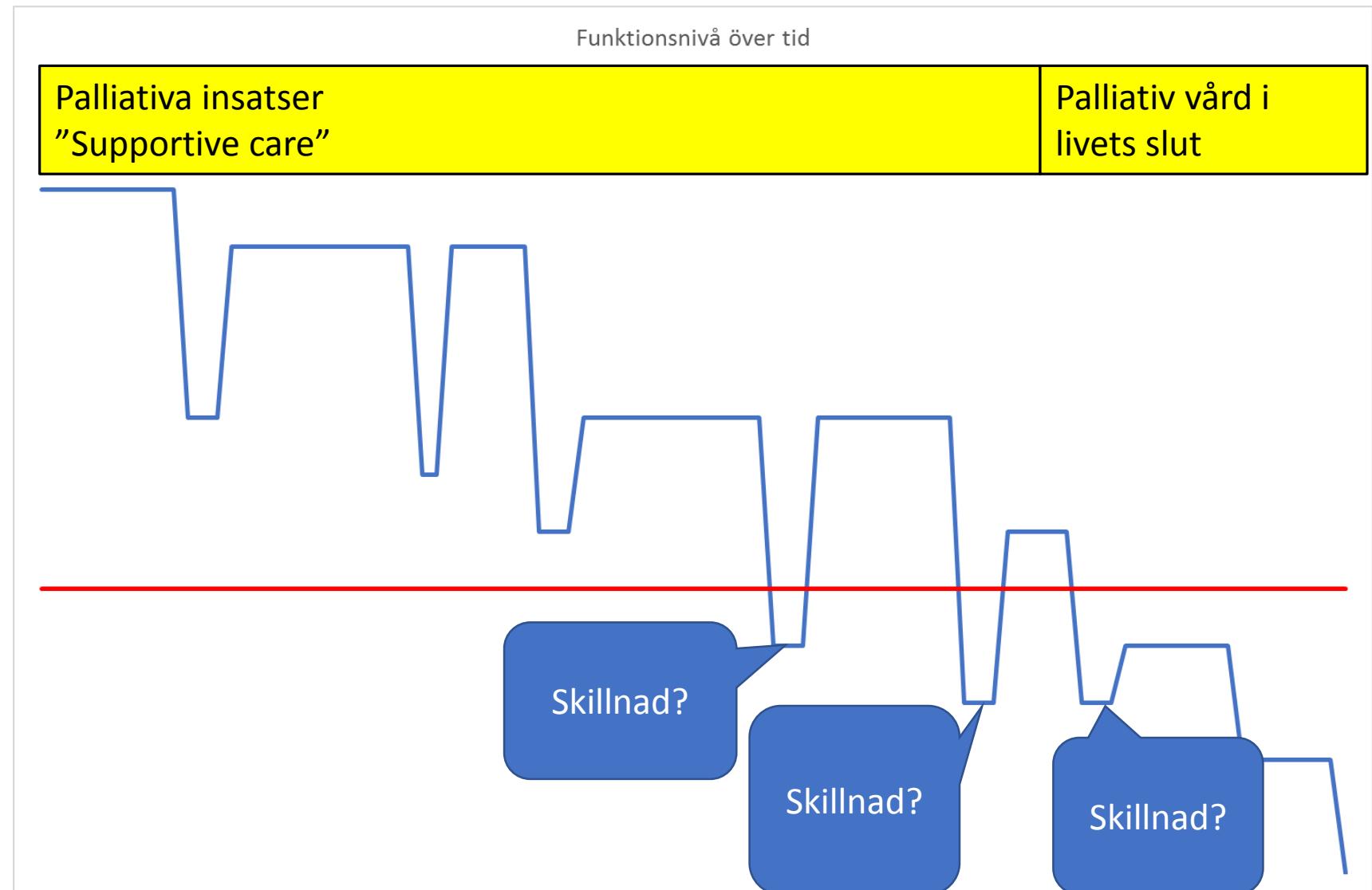
# Sammanfattande behandlingsmål

- Botande
- Livsförlängande – utan behov av palliativa insatser
- Livsförlängande – med behov av allmänna palliativa insatser
- Livsförlängande – med behov av specialiserade palliativa insatser
- Ej livsförlängande palliativ vård i livets slut
- Döende
- Död
- Stöd till efterlevande

# Beskrivning av funktionsnivå



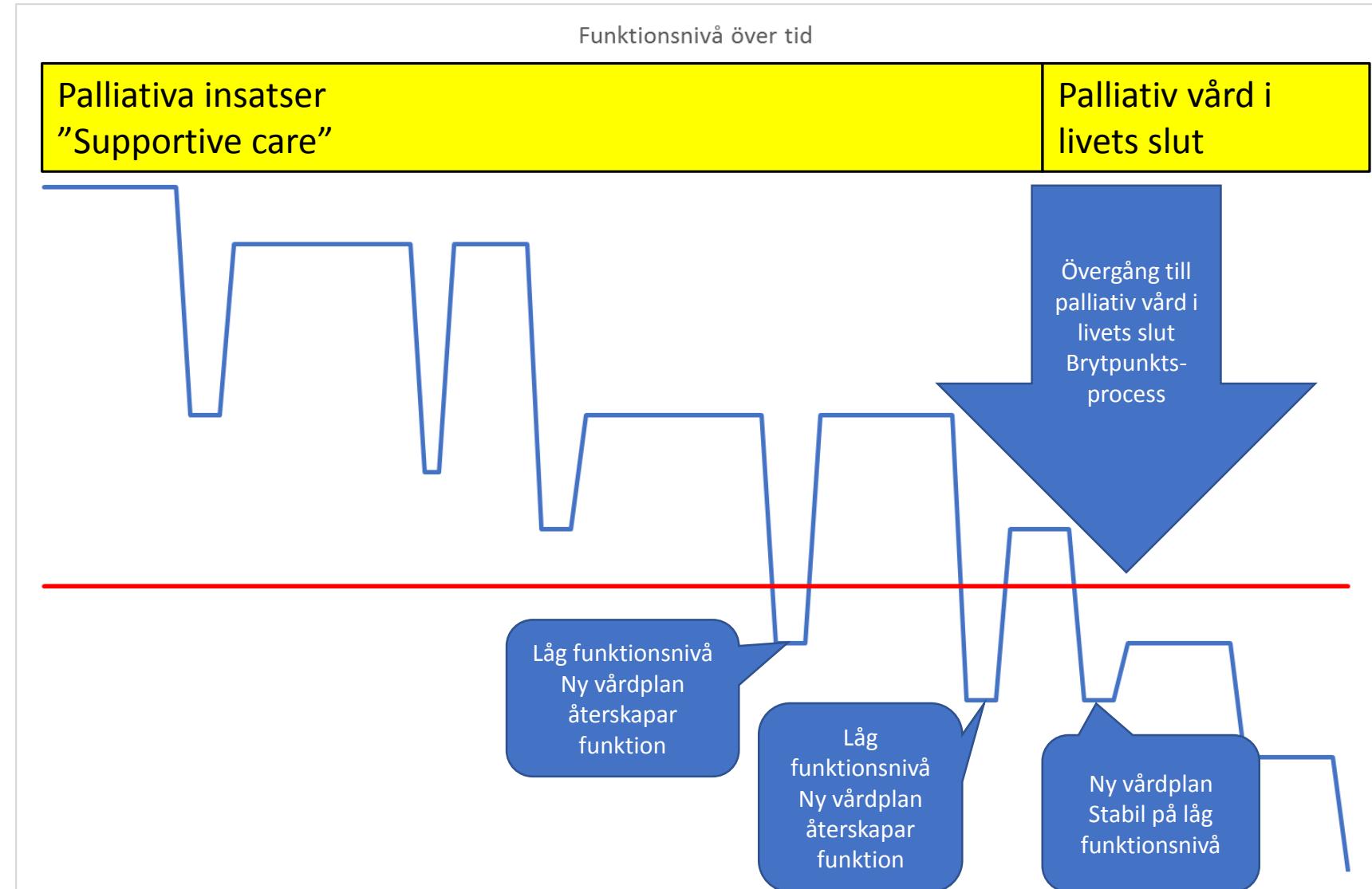
# Beskrivning av funktionsnivå



# Beskrivning av funktionsnivå

Vilar mindre än  
50 % av den  
vakna tiden

Vilar mer än  
50 % av den  
vakna tiden



# ECOG – y-axeln i föregående tidsdiagram

Kod	Förklaring
0	Fullt aktiv och kan göra allt som innan sjukdomsdebuten
1	Begränsad när det gäller tyngre arbete men är fullt mobil och kan utföra vanligt hushållsarbete eller kontorsarbete
2	Fullt mobil och sköter sig själv men kan inte längre utföra ett arbete. Är aktiv mer än 50 % av sin vakna tid
3	Sköter sig endast delvis själv och behöver vila till sängs eller i stol mer än 50 % av sin vakna tid
4	Behöver hjälp med allt. Helt sängliggande
5	Död

# Vårdbehov i balans?

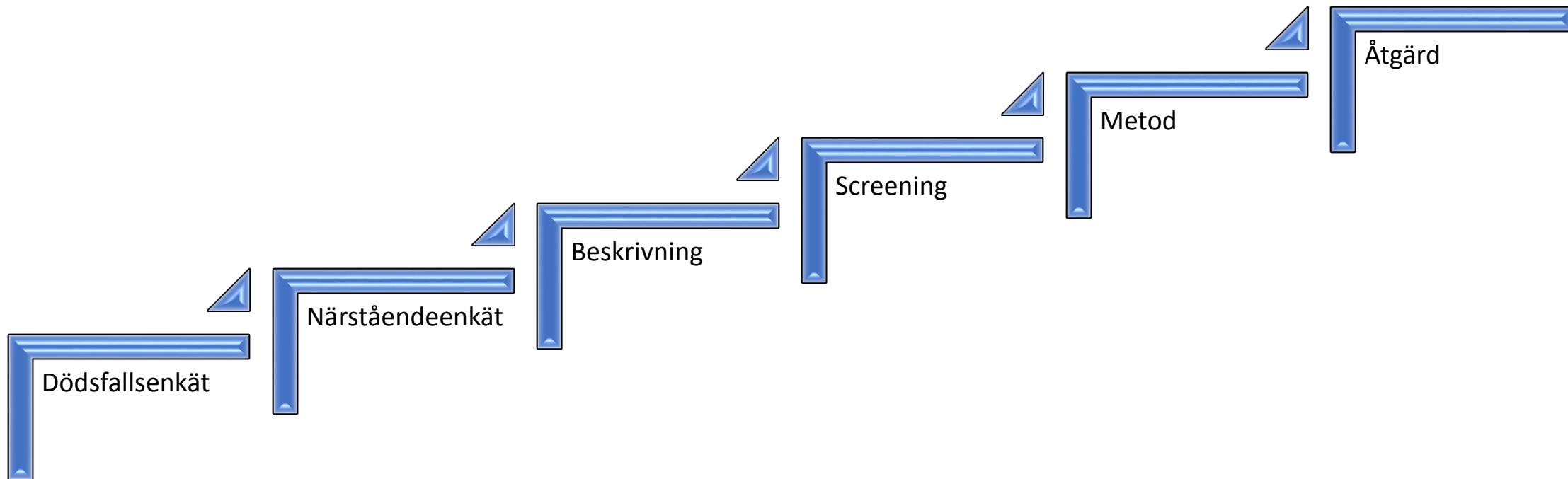
## Tillstånd i varje punkt i föregående diagram

Kod	Fas	Patientens tillstånd	Utveckling	Närstående	Åtgärd
1	Vårdbehov i balans	Åtgärderna i vårdplanen har lett till adekvat symtomkontroll och har bemött övriga problem	Vårdplanen innehåller åtgärder för förväntade tillkommande symtom eller besvär	Närståendes behov är bemötta	ECOG
2	Akut förändring	Ett nytt akut symtom eller problem har tillkommit som inte omfattas av vårdplanen	Förväntade problem eller symtom tillkommer eller utvecklas snabbare än väntat	Närståendes behov tilltar plötsligt vilket påverkar patientens vård	ECOG + IPOS
3	Kronisk försämring	Patienten försämras på ett förväntat sätt	Patienten har nu en lägre funktionsnivå	Belastningen på närliggande har ökat successivt vilket riskerar att påverka vården	ECOG + IPOS
4	Döende	Patienten är sängliggande, äter och dricker i det närmaste inte alls och är ev medvetandesänkt utan annan bakomliggande orsak än sjukdomsprogress	Patienten förväntas dö inom något dygn		
5	Närstående	Patienten har avlidit		Närstående erbjuds stöd t ex i form av efterlevandesamtal	

# IPOS – Integrated Palliative Outcome Scale

 <b>IPOS Patientversion</b> <a href="http://www.palluc.se">www.palluc.se</a>	<p>Namn: _____</p> <p>Personnummer: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Datum (år-månad-dag) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p><b>F1. Vilka har dina huvudsakliga problem eller bekymmer varit <u>de senaste 3 dagarna</u>?</b></p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p><b>F2. Vänligen markera den ruta som bäst beskriver hur nedanstående symptom har påverkat dig <u>de senaste 3 dagarna</u>.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inte alls</th> <th>Lite</th> <th>Måttligt</th> <th>Mycket</th> <th>Värsta tänkbara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Smärta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andnöd</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Svaghet eller bristande energi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Illamående</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kräkningar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dålig appetit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Förstopning</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ont eller torr i munnen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dåsighet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nedsatt rörlighet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Eventuella andra symptom:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							-							-			-					Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Värsta tänkbara	Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svaghet eller bristande energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Illamående	<input type="checkbox"/>	Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dålig appetit	<input type="checkbox"/>	Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ont eller torr i munnen	<input type="checkbox"/>	Dåsighet	<input type="checkbox"/>	Nedsatt rörlighet	<input type="checkbox"/>	1. _____	<input type="checkbox"/>	2. _____	<input type="checkbox"/>	3. _____	<input type="checkbox"/>																																
						-																																																																																																			
			-			-																																																																																																			
	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Värsta tänkbara																																																																																																				
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Svaghet eller bristande energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Dålig appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Ont eller torr i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Dåsighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
Nedsatt rörlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<p><b>Under de senaste 3 dagarna:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nej, inte alls</th> <th>Vid enstaka tillfällen</th> <th>Ibland</th> <th>Ofta</th> <th>Ja, hela tiden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F3. Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F4. Har någon av dina närmäste känt oro eller varit bekymrad för dig?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F5. Har du känt dig nedstämd?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja, hela tiden</th> <th>Ofta</th> <th>Ibland</th> <th>Vid enstaka tillfällen</th> <th>Nej, inte alls</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F6. Har du känt lugn och ro inombords?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F7. Har du berättat för dina närmäste hur du mår? (i den utsträckning du önskat)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F8. Har du fått så mycket information som du önskat?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Har fått hjälp/Inga problem</th> <th>Har oftast fått hjälp</th> <th>Har delvis fått hjälp</th> <th>Har knappast fått hjälp</th> <th>Har inte fått hjälp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F9. Har du fått hjälp med praktiska problem? (problem som uppkommit i samband med sjukdomen)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>På egen hand</th> <th colspan="2">Med hjälp av en vän eller släkting</th> <th>Med hjälp av vårdpersonal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F 10. Hur besvarade du detta frågeformulär?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>Om du känner dig orolig över någon av frågorna som tagits upp i frågeformuläret, vänligen tala med din läkare eller sjuksköterska.</i></p>			Nej, inte alls	Vid enstaka tillfällen	Ibland	Ofta	Ja, hela tiden	F3. Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/>	F4. Har någon av dina närmäste känt oro eller varit bekymrad för dig?	<input type="checkbox"/>	F5. Har du känt dig nedstämd?	<input type="checkbox"/>		Ja, hela tiden	Ofta	Ibland	Vid enstaka tillfällen	Nej, inte alls	F6. Har du känt lugn och ro inombords?	<input type="checkbox"/>	F7. Har du berättat för dina närmäste hur du mår? (i den utsträckning du önskat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F8. Har du fått så mycket information som du önskat?	<input type="checkbox"/>		Har fått hjälp/Inga problem	Har oftast fått hjälp	Har delvis fått hjälp	Har knappast fått hjälp	Har inte fått hjälp	F9. Har du fått hjälp med praktiska problem? (problem som uppkommit i samband med sjukdomen)	<input type="checkbox"/>		På egen hand	Med hjälp av en vän eller släkting		Med hjälp av vårdpersonal	F 10. Hur besvarade du detta frågeformulär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																										
	Nej, inte alls	Vid enstaka tillfällen	Ibland	Ofta	Ja, hela tiden																																																																																																				
F3. Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
F4. Har någon av dina närmäste känt oro eller varit bekymrad för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
F5. Har du känt dig nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
	Ja, hela tiden	Ofta	Ibland	Vid enstaka tillfällen	Nej, inte alls																																																																																																				
F6. Har du känt lugn och ro inombords?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
F7. Har du berättat för dina närmäste hur du mår? (i den utsträckning du önskat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
F8. Har du fått så mycket information som du önskat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
	Har fått hjälp/Inga problem	Har oftast fått hjälp	Har delvis fått hjälp	Har knappast fått hjälp	Har inte fått hjälp																																																																																																				
F9. Har du fått hjälp med praktiska problem? (problem som uppkommit i samband med sjukdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
	På egen hand	Med hjälp av en vän eller släkting		Med hjälp av vårdpersonal																																																																																																					
F 10. Hur besvarade du detta frågeformulär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																					

# Utvecklingssteg – var är ni och vart vill ni gå?



## Additional Enablers

- Effective governance structures & role clarity: Exec. Sponsor, Team Lead, QI Coach, Physician Champion & Project Owners
- Coach & build staff capability



# Erbjudande 2019 till en verksamhet

- Utse en eller flera Kunskapsstyrningsledare
- De skall ha mandat att arbeta med analys och utveckling på arbetstid
- De skall ha tillgång till en dator med internetuppkoppling, webbkamera, högtalare och mikrofon
- De skall skapa informationskanaler till övriga medarbetare
- De träffas i nätverk i ett virtuellt rum tre gånger per termin
- Efter etablering av arbetsflöde påbörjas utvecklingsarbete utifrån verksamhetens behov
- Kostnad 5 000:- per verksamhet för 2019