

Revisionsrapport

Palliativ vård *- samverkan mellan* *kommun och landsting* Övertorneå kommun

Jenny Krispinsson
Anna Carlénius
Maria Strömbäck
Hans Rinander

November 2015

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionskriterier	4
2.3.	Syfte och kontrollområden	4
2.4.	Metod.....	5
2.5.	Avgränsning.....	5
3.	Granskningsresultat	6
3.1.	Mål, rutiner och riktlinjer för palliativ vård.....	6
3.1.1.	Länet	6
3.1.2.	Övertorneå kommun	6
3.2.	Ansvarsfördelning	7
3.2.1.	Länet	7
3.2.2.	Övertorneå kommun	8
3.3.	Systematisk planering	9
3.3.1.	Länet	9
3.3.2.	Övertorneå kommun	10
3.4.	Informationsöverföring.....	11
3.4.1.	Länet	11
3.4.2.	Övertorneå kommun	11
3.5.	Palliativ vård och hemsjukvården	12
3.5.1.	Länet	12
3.5.2.	Övertorneå kommun	12
3.6.	Kompetens.....	13
3.6.1.	Länet	13
3.6.2.	Övertorneå kommun	13
3.7.	Rapportering och uppföljning	14
3.7.1.	Länet	14
3.7.2.	Övertorneå kommun	14
4.	Revisionell bedömning.....	16
4.1.	Rekommendationer.....	17
Bilaga 1	18	
Bilaga 2	19	
Bilaga 3	20	

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Övertorneå kommun har PwC genomfört en granskning avseende samverkan mellan kommunen och landstinget kring palliativ vård. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår **sammanfattande bedömning** är att samverkan mellan kommunen och landstinget till övervägande del är tillräcklig för att kunna erbjuda personer en god vård i livets slutskede, men att det finns utvecklingspotential inom området.

Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser kopplat till respektive för granskningen styrande kontrollmål:

- **Implementering av nationellt vårdprogram gällande palliativ vård har skett**

Implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Övertorneå.

- **Det finns fastställda mål gällande palliativ vård och dessa är kända inom verksamheterna**

I Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede- Palliativ vård framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Målen är delvis kända av de som berörs av dem. Inga andra mål avseende den palliativa vården har antagits av socialnämnden.

- **Det finns fastställda riktlinjer gällande palliativ vård och dessa är kända och tillämpade**

Det finns fastställda riktlinjer och rutiner för den palliativa vården och dessa är kända bland sjuksköterskorna men inte hos baspersonalen. Vår bedömning är att det saknas rutiner avseende palliativ vård som riktas till baspersonalen.

- **Ansvarsfördelning mellan vårdgivarna (huvudmännen) är tydlig**

Ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot brister ibland ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget i praktiken och det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.

- **Systematisk planering sker gällande patient med palliativ diagnos**

Systematisk planering sker i stor utsträckning avseende patienter med palliativ diagnos. Personal från socialförvaltningen följer dessutom upp planeringen ett par dagar efter att patienten har kommit hem från slutenvård. Gällande patienter som får sin palliativa diagnos på särskilda boenden sker planering på boendet tillsammans med ansvarig läkare samt berörd personal inom socialförvaltningen.

Dock finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede. Dessutom finns det risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.

- **Tillräcklig informationsöverföring sker mellan vårdgivare för patient med palliativ diagnos**

En välfungerande och säker informationsöverföring sker inte i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska används för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte alltid i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.

- **Eventuell påverkan av den palliativa vården har observerats efter kommunens övertagande av hemsjukvården**

Den palliativa vården har till viss del påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas hemma, detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården har ännu genomförts i kommunen.

- **Personal har erforderlig kompetens avseende patientgruppen**

Personal har till övervägande del kompetens avseende allmän palliativ vård men det finns behov av att se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.

- **Resultaten följs upp i verksamheten och rapportering sker till ansvarig nämnd**

Resultat avseende den palliativa vården följs upp genom indikatorer från Palliativa registret som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen två gånger per år. Det är inte klargjort om, och i så fall hur, indikatorerna i Palliativa registret ska användas för att höja kvalitén inom den palliativa vården i kommunen.

Rekommendationer

För att ytterligare utveckla den palliativa vården vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att det finns tillsäckliga rutiner för den palliativa vården och att dessa är kända och tillämpade av personal som vårdar palliativa patienter
- Att nämnden säkerställer att det tydliggörs vad kommunens och landstingets ansvar för vården av palliativa patienter innebär i praktiken
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig och patientsäker informationsöverföring mellan kommunen och landstinget
- Att nämnden ser över möjligheten till kompetensutveckling inom palliativ vård hos framförallt baspersonal
- Att nämnden tydliggör hur arbetet med att höja kvalitén inom den palliativa vården i kommunen ska utvecklas

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Palliativ vård vilket är en form av hälso- och sjukvård kan i Norrbotten ges vid sjukhus, hälsocentral, ordinärt boende samt särskilt boende. Socialstyrelsens definition av hemsjukvård: ”Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.” Hälso- och sjukvård i ordinärt boende överfördes 2013 från landstinget till kommunerna i länet.

Väsentlighet: Varje år avlider ungefär en procent av landets befolkning, vilket innebär mellan 90 000 och 93 000 personer. Det finns uppskattningar om att 80 procent av dessa skulle ha nytta av den palliativa vårdens innehåll. Under senare år har palliativ vård erkänts och blivit en vårdfilosofi med en egen specifik kunskap som kan hjälpa människor i livets slutskede. Palliativ vård beskrivs enligt WHO som ”En aktiv helhetsvård av patienter vars sjukdom inte svarar på kurativ (botande) behandling. Smärtkontroll och kontroll av andra symptom inkluderande psykologiska, sociala och existentiella problem står i fokus. Målet för den palliativa vården är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienterna och dess närstående”.

Risk: Möjlighet till god palliativ vård varierar beroende på var i landet man bor. Det finns även indikationer från Norrbottens län om att kontakterna, efter primärkommunernas övertagande av hemsjukvården, mellan läkare och distriktssköterskor har försvårats i samband med vården av den enskilda patienten. Detta gäller också för patienter i palliativ vård och som vårdas vid särskilda boenden eller i ordinärt boende.

I maj 2013 gav Socialstyrelsen ut en omarbetad version av Nationella riktlinjer för en god palliativ vård.

En svensk studie (2010) visar på att en majoritet av dessa patienter avled i särskilda boenden (75 procent) eller på sjukhus (20 procent). En mycket liten andel vårdades och avled i sitt ordinarie hem. Flera studier visar även att de sista två veckorna i livet ökar antalet inläggningar på sjukhus dramatiskt för dem som bor vid särskilda boenden, och att många slutligen avlider på sjukhus, trots att intentionerna för den palliativa vården är att man ska kunna få vård och omsorg vid livets slut i sin hemmiljö, oberoende av var man bor.

En undersökning av den palliativa vården visade också att var femte kommunal boendeform saknar tillgång till läkare under jourtid. Situationen är nästan likadan för svårt sjuka inom hemsjukvården. – Det är väl ett tecken på i viss mån en bristande uppmärksamhet och bristande planering av detta område och bristande samordning mellan kommun och landsting, menar chefen för vård och omsorg vid SKL och fortsätter – följden av att läkare saknas är att sjuksköterskor får kompensera för läkarnas frånvaro. Det innebär att ett alltför stort ansvar vilar på sjuksköterskor och undersköterskor som helt felaktigt tvingas fatta beslut som de egentligen inte har befogenhet för.

2.2. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763
- Patientsäkerhetslag 2010:659
- Socialtjänstlagen 2001:453, 3 kap, 5§
- SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2005:27, Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Vård i livets slutskede- Palliativ vård i Norrbotten Handlingsprogram (2013)
- Gemensamma riktlinjer för samverkan (Kommunförbundet i Norrbotten och Norrbottens läns landsting, 2011/2013)
- Avtal gällande övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser inom ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län

2.3. Syfte och kontrollområden

Syftet med granskningen är att ge underlag för bedömning om samverkan mellan huvudmännen är tillräcklig avseende målet att erbjuda personer en god vård under livets sista tid.

Kontrollområden/granskningsmål

- Det finns fastställda mål gällande palliativ vård och dessa är kända inom verksamheterna
- Det finns fastställda riktlinjer gällande palliativ vård och dessa är kända och tillämpade
- Ansvarsfördelning mellan vårdgivarna (huvudmännen) är tydlig
- Systematisk planering sker gällande patient med palliativ diagnos
- Tillräcklig informationsöverföring sker mellan vårdgivare för patient med palliativ diagnos
- Personal har erforderlig kompetens avseende patientgruppen
- Implementering av nationellt vårdprogram gällande palliativ vård har skett
- Eventuell påverkan av den palliativa vården har observerats efter kommunens övertagande av hemsjukvården
- Resultaten följs upp i verksamheten och rapportering sker till ansvarig nämnd

2.4. Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentationsinsamling (styrdokument, riktlinjer, rutiner, vårdprogram m m)
- Upprättande av granskningsprogram och intervjuguide
- Inom landstinget: Intervjuer med divisionsledning, medicinskt ansvariga och omvårdnadsansvariga för palliativ verksamhet vid valda sjukhus och hälsocentraler. Totalt har 68 personer intervjuats inom landstinget.
- Inom kommunerna (Boden, Jokkmokk, Gällivare, Kiruna, Pajala, Övertorneå, Kalix och Haparanda): Intervjuer med socialchef, avdelningschefer, enhetschefer inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten samt hälso- och sjukvårdsenhet, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), sjuksköterskor, omvårdnadspersonal. Totalt har 145 personer intervjuats för granskningen inom kommunerna varav 15 representerar Övertorneå kommun.
- Sammanställning och analys av insamlat material.
- En rapport har sammanställts för respektive granskningsobjekt, d v s för respektive kommuns socialnämnd samt för landstingsstyrelsen.

2.5. Avgränsning

Granskningen har, för kommunerna, avgränsats till att gälla socialnämnden och individer som antingen har hemsjukvårdsinsatser eller bor vid kommunens särskilda boenden. För granskningen har ett urval av hemtjänstgrupper, särskilda boenden och personlig assistansgrupper genomförts. Även kommunens hälso- och sjukvårdsenhet har berörts av granskningen.

För landstinget har ett urval av hälsocentraler samt avdelningar på sjukhus i länet berörts av granskningen.

För ytterligare avgränsning, se revisionsfråga, kontrollmål och metod.

3. Granskningsresultat

3.1. Mål, rutiner och riktlinjer för palliativ vård

3.1.1. Länet

Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten är senast reviderat och aktualiserat under våren 2013 av representanter från landsting och Kommunförbundet i Norrbotten. Handlingsprogrammet är ett samverkansdokumentet som berör patienter som är över 18 år i livets slutskede. Syftet med handlingsprogrammet är att ge vägledning och stöd enligt standards för vård i livets slutskede, som underlag för rutiner på lokal nivå, stimulera och underlätta utveckling samt kvalitetsuppföljning. Målet är, enligt handlingsprogrammet, att palliativ vård i Norrbotten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas för att säkra kvalitén och fungerande vård- och omsorgskedjor för god vård i livets slutskede på lika villkor. Av granskningen framgår att Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014 har legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten.

Handlingsprogrammet innehåller riktlinjer för den palliativa vården i Norrbotten. Bland annat lyfts innehållet i den palliativa vården fram, vad som är specialiserad palliativ vård och vad som är allmän palliativ vård. Vidare framgår standards samt kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Handlingsprogrammet ska uppdateras genom årlig revidering, men detta har inte skett sedan 2013.

Handlingsprogrammet är antaget av socialnämnderna i sex av de åtta kommuner som ingått i denna granskning. Genom granskningen framkommer att handlingsprogrammet inte alltid är känt hos personal som arbetar med palliativa patienter inom kommunerna. Inom landstinget har såväl division närsjukvård som division länssjukvård fått i uppdrag av landstingsstyrelsen att implementera handlingsprogrammet.

3.1.2. Övertorneå kommun

Socialnämnden i Övertorneå kommun är en av de socialnämnder som har antagit Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – palliativ vård i Norrbotten. Utöver de mål som framgår av handlingsprogrammet finns inga mål antagna för den palliativa vården i Övertorneå kommun. Dock uppges, genom intervjuer, att det finns en mer eller mindre uttalat att palliativ vård är ett område som ska vara prioriterat i kommunen.

Av granskningen framgår att det, utöver handlingsprogrammet, finns rutiner för den palliativa vården i Övertorneå kommun. Rutinerna riktar sig främst till är kommunens sjuksköterskor och av granskningen framgår att rutinerna är kända och tillämpade av sjuksköterskorna men inte av baspersonalen.

Vidare framgår det att det inte finns några rutiner och riktlinjer avseende palliativ vård som specifikt riktar sig till. Personal uppges till stor del förlita sig på information från ansvarig sjuksköterska.

Bedömning

Vår bedömning är att implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Övertorneå och i handlingsprogrammet framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Vår bedömning är att målen delvis är kända av de som berörs av dem.

Vidare är vår bedömning att det finns fastställda riktlinjer och rutiner för den palliativa vården och att dessa är kända bland sjuksköterskorna men inte hos baspersonalen. Vi bedömer att det saknas rutiner avseende palliativ vård som riktas till baspersonal.

3.2. Ansvarsfördelning

3.2.1. Länet

I handlingsprogrammet framgår ansvarsfördelning för den allmänna palliativa vården samt den specialiserade palliativa vården. Bland annat framgår att patientansvarig/behandlingsansvarig läkare ansvarar för övergången från kurativ vård till palliativ vård, att sätta palliativ diagnos samt genomföra brytpunktssamtal, med patienten (se Bilaga 1).

Vidare framgår att en vårdnivåbedömning ska göras av patientansvarig/ behandlingsansvarig läkare där behov av allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård bedöms. Med allmän palliativ vård menas palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård. Allmän palliativ vård bedrivs i hemmet och inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden. Specialiserad palliativ vård innebär palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård bedrivs inom en specialiserad palliativ verksamhet eller inom annan verksamhet med stöd av palliativt rådgivningsteam. Efter vårdnivåbedömning ska remiss skickas till antingen specialiserad palliativ verksamhet inom slutenvården eller till patientansvarig läkare inom primärvården. En palliativ patient kan, enligt handlingsprogrammet, utifrån de behov som finns skifta mellan att tillhöra den allmänna palliativa vården och den specialiserade palliativa vården beroende på hur stabil symtomkontrollen är.

Av granskningen framgår att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, såsom den beskrivs i handlingsprogrammet, är tydlig vad gäller den palliativa vården. Däremot uppger flertalet av de intervjuade i kommunerna att det finns brister vad gäller tillämpningen av handlingsprogrammet och att det i praktiken finns utmaningar vad gäller ansvarsfördelningen.

Dessa utmaningar gäller bland annat brytpunktssamtal, palliativa diagnoser samt gränsdragning mellan allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård.

Inom varje av landstingets närsjukvårdsområden finns ett Palliativt rådgivningsteam (PRT). PRT ska bistå med multiprofessionell kompetens och utbildningsinsatser inom palliativ vård och sjuksköterskorna i teamen ska fungera som en länk mellan primärvård, sjukhus, närsjukvård, länssjukvård och kommunerna. PRT finns tillgängliga under dagtid för att ge råd och stöd till patienten, personal och närstående som vårdar personer med palliativ sjukdom i hemmet eller inom slutenvården. Genom de intervjuer som genomförts i kommunerna lyfts det fram personal är väldigt nöjd med det stöd som PRT erbjuder.

3.2.2. Övertorneå kommun

Ansvarsfördelningen kring den palliativa vården beskrivs som tydlig av de intervjuade inom Övertorneå kommun, men ändå upplever de flesta att det inte fungerar fullt ut i praktiken. De intervjuade uppger att kommunen ansvarar för vård till och med sjuksköterskenivå och att landstinget har läkaransvaret, men att gränsen mellan dessa ansvarsområden ibland är otydlig. Framförallt är det ansvarsfördelningen mellan ansvarig kommunal sjuksköterska och primärvårdens läkare som ibland brister kring framförallt brytpunktssamtal och att alla som uppfattas som palliativa inte får en palliativ diagnos. De intervjuade lyfter fram att det brister kring denna ansvarsfördelning både på särskilda boenden och inom ordinärt boende, men att det fungerar något bättre inom ordinärt boende och framförallt då patienten varit inlagd på sjukhus eller obs-plats. Om en patient inte har fått en palliativ diagnos kan det innebära svårigheter att få tag i den medicin som patienten har behov av. Vidare lyfts det fram att sjuksköterskorna i Övertorneå har möjlighet till läkarkontakt dygnet runt, men att jouren under vissa dagar och tider har flyttats till Kalix. Detta ser de intervjuade som en risk i och med att det dessa tider kan bli svårare att få en läkare att göra hembesök hos en palliativ patient.

Några av de intervjuade lyfter fram att de inte alltid vet om i fall en patient är palliativ och om denne fått palliativ diagnos. Ibland brister det i kommunikationen med landstinget och ibland inom kommunen. Vidare lyfts det fram att läkare kan ordinera läkemedel för att lindra symptom i livets slutskede utan att patienten har fått en palliativ diagnos. Det framhålls även att ansvarsfördelningen fungerar bättre om en patient fått en palliativ diagnos eftersom de då är tydligare vad alla som möter och vårdar patienten ska göra.

Av granskningen framgår att kommunen har börjat begära att det alltid ska vara en läkare från en hälsocentral som är ansvarig för patienten för att kommunen ska ta emot patienten. Detta för att kommunens sjuksköterskor ska veta vem de ska kontakta och vem som har läkaransvaret för patienten.

I de intervjuer som genomförts lyfts fram att kontakten med palliativa rådgivningsteamet (PRT) i Kalix fungerar bra både inom särskilda boenden och inom hemsjukvården. Framförallt det senaste året har kontakten utvecklats med PRT. PRT uppges komma på hembesök vid behov, kan hålla utbildningar och ge instruktioner samt stötta vid exempelvis smärtskattning och smärtlindring.

I handlingsprogrammet framgår det att den patient som har en remiss till specialiserad palliativ verksamhet, efter identifierat vårdbehov, kan få tillgång till såväl trygghetspärm som trygghetsplats inom slutenvården. (se Bilaga 1). Av granskningen framgår dock att personal inom socialförvaltningen inte tycker att det är helt tydligt när en patient har rätt till en trygghetspärm och en trygghetsplats inom slutenvården. Vidare beskrivs att både patienter med trygghetspärm, och framförallt utan trygghetspärm ibland har fått åka hem igen på grund av platsbrist på sjukhuset. I de fall en individ i dessa situationer inte klarar av att åka hem till sin bostad så kan kommunen erbjuda en plats vid korttidsboende. Kommunens korttidsboende beskrivs av några som "vårdens förlängda arm" och att kostnader för patienter därigenom förs från landstinget till kommunen.

Tvärtemot vad som sades vid intervjuerna i kommunen får vi genom intervjuer med personal inom landstinget vi en bild av att det oftast är läkaren som är knuten till PRT som tar det medicinska ansvaret för palliativa patienter. Regelbundna kontakter sker dock ändå med Övertorneå hälsocentral som har observationsplatser. Vidare framkommer frågeställningar från slutenvården avseende vilka insatser den kommunala hälso- och sjukvården men även hälsocentralerna kan erbjuda. Detta verkar, enligt vår uppfattning, inte helt tydliggjort.

Bedömning

Vår bedömning är att ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot är vår bedömning att ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget ibland brister i praktiken och att det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.

3.3. Systematisk planering

3.3.1. Länet

I handlingsprogrammet framgår att patienten ska erbjudas en samordnad individuell plan (SIP) inför utskrivning från slutenvården. Planen ska innehålla mål för vård, omvårdnad och sociala insatser med ett tydligt samordningsansvar mellan vårdgivarna. Efter utskrivning från slutenvården ska individuell samordnad planering fortlöpande ske efter överenskommelse, dock senast inom fem arbetsdagar, med berörda vårdgivare. Vidare ska vårdteamet dokumentera och utvärdera överenskommen samordnad individuell plan tillsammans med patient och närstående.

Av granskningen framgår att det i flera av kommunerna som deltagit i granskningen finns brister vad gäller upprättande av SIP:ar mellan kommun och landsting, även vad gäller palliativa patienter. Vidare framgår det att det finns en ökad risk för brister i vårdgivarnas samordningsansvar i de fall SIP:ar inte görs.

I många av de kommuner som deltagit i granskningen lyfts det fram att planeringen kring palliativa patienter överlag fungerar bra när patienten har varit inskriven i slutenvården. Enligt de intervjuade händer det dock att hälsocentralens läkare inte deltar i planeringen inför patientens hemgång.

Det händer även att palliativa patienter vid enstaka tillfällen kommer hem utan att en vårdplanering har genomförts. Planeringen kring en palliativ patient på särskilda boenden uppges ibland fungera bättre och ibland sämre. I de fall ansvarig sjuksköterska har en god kontakt med ansvarig läkare, bra med telefontider till läkare samt täta läkarronder på boendena fungerar planeringen kring palliativa patienter ofta bättre. Genom intervjuerna lyfts det fram att det ofta är en utmaning att få till bra planeringar med de hälsocentraler som har många hyrläkare.

3.3.2. Övertorneå kommun

I Övertorneå sker vårdplanering för patienter som legat inlagda på sjukhus eller obs-platser innan de kommer hem. Vid vårdplaneringarna kommunicerar handläggare, sjuksköterska, enhetschef och rehabpersonal från socialförvaltningen med den enskilde, anhöriga samt personal från berörd avdelning vid hälsocentral eller sjukhus. De flesta vårdplaneringarna utanför kommunen sker via telefon och de inom kommunen på hälsocentralen. När patienten sedan kommer hem görs en uppföljande planering efter ett par dagar med patienten och handläggare. Genom intervjuerna lyfts fram att planeringen oftast fungerar bra och att primärvårdens läkare oftast är involverade i det steget. Planeringen kring de patienter som fått sin palliativa diagnos på sitt särskilda boende uppges för det mesta fungera bra. Dock gäller det i första hand de patienter som faktiskt fått en palliativ diagnos, vilket inte alltid är fallet. Det finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa men som inte har fått en palliativ diagnos inte får en tillräcklig planering kring vården i livets slutskede.

Personal som arbetar ute i de verksamheter som vårdar palliativa patienter lyfter fram att de är beroende av att ansvarig sjuksköterska informerar dem om vad som bestämts under planeringen. Detta uppges för det mesta fungera bra, om patienten fått en palliativ diagnos. Något som däremot beskrivs som en oklarhet inom framförallt ordinära boenden är när extra resurser i form av personal kan tas in för att vaka över patient i palliativt slutskede. Oftast får en palliativ patient utökad tid men inte vak dygnet runt. För att en patient ska kunna bo hemma i det egna hemmet krävs att anhöriga kan ställa upp och ta hand om den palliativa under delar av dygnet.

Bedömning

Vår bedömning är att systematisk planering i stor utsträckning sker avseende patienter med palliativ diagnos. Personal från socialförvaltningen följer dessutom upp planeringen ett par dagar efter att patienten har kommit hem från slutenvård. Gällande patienter som får sin palliativa diagnos på särskilda boenden sker planering på boendet tillsammans med ansvarig läkare samt berörd personal inom socialförvaltningen.

Vi bedömer dock att det finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede. Dessutom är vår bedömning att det finns risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.

3.4. Informationsöverföring

3.4.1. Länet

I *Gemensamma riktlinjer för samverkan*¹ finns rutiner för hur informationsöverföringen ska ske, vem som är ansvarig och vilken information som ska överföras mellan aktuell kommun och landstinget. En samordnad planering ska genomföras när en person behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Av granskningen framgår det att det framförallt är med primärvårdens läkare som kommunala sjuksköterskor, i sitt dagliga arbete, utsätts för problematik gällande patientinformation och överföring av denna. Vidare visar granskningen på att flera av de utmaningar och brister som gjordes i tidigare samverkansgranskning i länet² fortsatt består vad gäller informationsöverföring. Exempelvis används de tekniska systemen som finns för informationsöverföring fortfarande inte fullt ut och mycket tid går åt för respektive vårdgivare att få tag i information. Vidare lyfts det fram från flera av kommunerna att framförallt sjuksköterskor inom hemsjukvården fortfarande får åka till aktuell hälsocentral för att få information om sina patienter. Vidare framgår att kommunerna som ingått i granskningen använder sig av NPÖ i varierad utsträckning. Än så länge är det enbart Haparanda som, via ett projekt, även kan producera information till NPÖ. Övriga kommuner kan än så länge bara se delar av landstingets dokumentation kring en patient. Att landstinget inte kan se kommunernas anteckningar om en patient medför utmaningar kring informationsöverföringen och kan riskera patientsäkerheten.

3.4.2. Övertorneå kommun

Även inom Övertorneå kommun lyfts fram att det fortfarande finns utmaningar och brister kring informationsöverföringen mellan kommunen och landstinget. Informationsöverföringen sker via de tekniska systemen Meddix och NPÖ men också via telefon samt en låda på hälsocentralerna där läkare och kommunala sjuksköterskor kan lämna information till varandra. De intervjuade lyfter fram att det är en stor fördel att kommunens sjuksköterskor är stationerade i lokaler på hälsocentralen.

Vidare lyfter de intervjuade fram att NPÖ fortfarande inte fungerar fullt ut och därför inte alltid används fullt ut. Övertorneå är dock en av de kommuner som använder NPÖ mest av kommunerna i Norrbotten, se Bilaga 3. Informationsöverföringen beskrivs som ett problem som i värsta fall kan äventyra patientsäkerheten. Vidare lyfts det fram att informationsöverföringen kring palliativa patienter fungerar än sämre om patienten inte fått någon palliativ diagnos.

¹ Gemensamma riktlinjer för samverkan. Samordnad individuell plan. Rutindokument upprättat av Läns gemensam samverkansgrupp för Norrbottens läns landsting och länets kommuner. Godkänt av landstingsdirektör och socialnämnden i respektive kommun. 2011. Reviderat juni 2013.

² Granskningen Kommunikation och informationsöverföring hitts via: <http://nll.se/sv/Demokrati-och-insyn/Revisorer/Revisionsrapporter-skrivelser-och-granskningssammandrag/2013/>

Bedömning

Vår bedömning är att en välfungerande och säker informationsöverföring inte sker i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska används för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte alltid i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.

3.5. Palliativ vård och hemsjukvården

3.5.1. Länet

Av avtalet om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten framgår att Palliativ vård till personer över 18 år i ordinärt boende överfördes till kommunerna från januari 2013.

De intervjuade i kommunerna ger uttryck för en allmän uppfattning att allt fler palliativa nu har möjlighet att få avlida hemma och att allt fler palliativa vårdas i sitt hem i stället för på sjukhus eller obs-plats³. Detta uppges bland annat bero på att de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i hemmet ges dygnet runt sedan kommunaliseringen av hemsjukvården. Flera av de intervjuade upplever att de utför mer avancerad vård i hemmet efter kommunaliseringen, medan andra tycker att det är ungefär samma vård som innan kommunaliseringen. De allra flesta av de intervjuade tror att kommunaliseringen av hemsjukvården har inneburit en kvalitetshöjning för patienterna samt en ökad trygghet hos hemtjänstpersonal, som nu har lättare att nå en sjuksköterska. Det lyfts även fram att det finns utmaningar och risker avseende kommunaliseringen av hemsjukvården, till exempel kring informationsöverföringen mellan kommunerna och landstinget. Se avsnitt 3.4. i denna rapport.

Samtidigt finns det åsikter inom landstinget att kommunaliseringen av hemsjukvården inte enbart inneburit en förbättring för palliativa patienter. Bland annat lyfts risker för sämre kontinuitet bland kommunens sjuksköterskor fram. Även behovet av hyrläkare inom primärvården beskrivs som en utmaning vad gäller den palliativa vården.

3.5.2. Övertorneå kommun

Även de intervjuade i Övertorneå kommun lyfter fram att kommunaliseringen av hemsjukvården har inneburit att hemtjänstpersonalen känner sig tryggare och att de nu har en närmare kontakt med sjuksköterskorna. De intervjuade upplever att det, liksom möjlighet till vård dygnet runt och mer avancerad vård i hemmet, medfört att kvalitén för palliativa patienter har ökat. Uppfattningen bland de intervjuade är att fler palliativa patienter vårdas och avlider hemma efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Detta är dock inget som vi har fått verifierat genom statistik eller eventuella mätningar som gjorts av hemsjukvårdens kvalitet.

³ Obs-plats: slutenvårdsplatser inom vissa hälsocentraler.

Bland de intervjuade är upplevelsen att sjuksköterskorna inom hemsjukvården är närmare hemsjukvården men längre från läkarna inom primärvården. Det lyfts också fram att informationsöverföringen mellan kommunens sjuksköterskor och primärvårdens läkare har försvårats sedan kommunaliseringen, vilket skulle kunna medföra risker för patientsäkerheten. Palliativa patienter är en patientgrupp där det beskrivs vara extra viktigt att såväl sjuksköterska som läkare får rätt information i rätt tid för att kunna erbjuda adekvata insatser i tid.

Vidare framhålls att det sedan kommunaliseringen av hemsjukvården upplevs som svårare för en patient att få tillgång till en obs-plats. Några av de intervjuade är upplever även att gränsen mellan vad som är allmän- och specialiserad palliativ vård delvis har suddats ut och att det kan finnas behov av att förtydliga detta.

Bedömning

Vår bedömning är att den palliativa vården till viss del har påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas och avlider hemma, detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Vår bedömning är även att ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården ännu har genomförts i kommunen.

3.6. Kompetens

3.6.1. Länet

Genom de intervjuer som genomförts med personal inom landstinget får vi en bild att det, för ett par år sedan, skett flera utbildningsinsatser gällande palliativ vård och att flera deltagare vid våra intervjuer deltagit vid dessa. I samband med höstens intervjuer lyfts det fram att flera verksamheter inom landstinget har som mål att genomgå webbaserad utbildning i palliativ vård. Inom landstinget är det dock nu ”stopp” för utbildningar utifrån den ekonomiska situationen inom landstinget.

Hos några av de kommuner som ingått i denna granskning har baspersonal erbjudits kompetensutveckling via webbutbildning i palliativ vård. Flera av kommunerna uppger att webbutbildning inom området ska genomföras i närtid och/eller att det finns planer på att be PRT komma till kommunen och hålla i information/utbildning för personalen. Några av kommunerna lyfter fram att de på grund av ekonomin har tillfälliga ”utbildningsstopp”. Genomgående lyfts behov av kompetensutveckling hos framförallt baspersonal fram, detta utifrån att fler patienter med palliativ diagnos väljer att vårdas hemma. Några av kommunerna har mer eller mindre aktiva lokala grupper eller ombud som ska ha mer kompetens kring palliativ vård och som ska kunna fungera som stöd till annan personal.

3.6.2. Övertorneå kommun

Av granskningen framgår att kommunens sjuksköterskor har haft möjlighet att åka på föreläsningar om palliativ vård årligen. Baspersonal i kommunen har däremot inte fått någon kompetensutveckling avseende palliativ vård de senaste åren. Genom intervjuerna lyfts det fram att det framöver kan bli aktuellt med en webbutbildning i palliativ vård för baspersonal.

Vidare lyfts det fram att sjuksköterskorna har en viktig roll i att kvalitetssäkra den palliativa vården samt stötta och kompetensutveckla baspersonal. Även mer erfaren baspersonal inom hemtjänst, särskilda boenden för äldre och LSS-verksamheter har en viktig roll i att förmedla kunskap till mindre erfarna kollegor.

Bedömning

Vår bedömning är att personal till övervägande del har kompetens avseende allmän palliativ vård men att det finns behov av att se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.

3.7. Rapportering och uppföljning

3.7.1. Länet

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en palliativ patient varit. Syftet med registret är att förbättra vården i livets slut. Vårdpersonal registrerar i palliativregistret genom att besvara en enkät med frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i patientens liv.

I *Öppna Jämförelser, Hälso- och sjukvård, 2014* finns statistik som visar resultat för länet som helhet vad gäller palliativ vård. Här framkommer bland annat att Norrbotten med 22,6 % under år 2013 har en lägre andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan än riket, på 30,2 %. Även värdet för andelen patienter i länet, 90,5 %, som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled var lägre än för riket med 92 %. Parametern Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes är även det sämre i Norrbotten och låg på 47,5 %. För riket som helhet var siffran 51,9 %. Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan var också det lägre i länet än i riket. Positivt var dock att Norrbottens län hade färre patienter med trycksår; 91,7 % hade inte trycksår när de avled i förhållande till riket på 86,7 %. Norrbottens län var däremot sämst i landet vad gäller andel patienter med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel. I Bilaga 2 framgår resultat av Svenska palliativregistret 2014 per kommun.

I de kommuner som ingått i granskningen följs indikatorerna i Svenska palliativa registret upp. I de flesta kommunerna får socialnämnden rapportering om resultatet via patientsäkerhetsberättelsen⁴. I några få kommuner följs resultatet enbart på tjänstemannanivå. I ungefär hälften av kommunerna arbetas det aktivt med kvalitetshöjning utifrån resultatet i registret.

3.7.2. Övertorneå kommun

Av granskningen framgår att kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) kontinuerligt följer upp de indikatorer som registreras i Svenska palliativregistret. En gång per år, i patientsäkerhetsberättelsen, rapporterar MAS:en delar ur resultatet i Svenska palliativregistret till socialnämnden.

⁴ Varje vårdgivare ska årligen sammanställa en patientsäkerhetsberättelse som ska skickas till ansvarig myndighet och antas av socialnämnden.

För 2014 följdes andel avlidna som registrerats i palliativregistret. Inga andra nyckeltal kring palliativ följs upp utöver de som framgår av Svenska palliativregistret.

Några gånger per år, vid MAS-träffar där MAS:en träffar personal från hälso- och sjukvårdsverksamheten i kommunen, redovisas resultat från Svenska palliativregistret för personalen. På dessa träffar brukar MAS:en även lyfta det som behöver utvecklas och förbättras. Genom granskningen framkommer dock att det inte är helt tydligt om hur, chefer och personal ska arbeta med kvalitetsutveckling utifrån resultatet i Svenska palliativregistret.

En indikator i Svenska palliativregistret är efterlevandekontakt, det vill säga samtal som vårdpersonal ska erbjuda den avlidnes anhöriga och närstående en tid efter dödsfallet. Ansvaret för efterlevandekontakt, om patienten avlider inom kommunens verksamhet, uppges vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Genom intervjuerna framkommer att det finns oklarheter kring efterlevandekontakt, inom en del verksamheter uppges det fungera bra medan andra behöver utveckla detta område.

Genom intervjuerna lyfts vidare fram att uppföljning ofta sker inom personalgrupperna när någon patient har avlidit. Då diskuteras vården och stödet som gavs samt om något skulle kunna förbättras. Vidare framhålls att det finns samverkansforum där representanter från kommun och landsting träffas och där det som inte fungerar kan lyftas upp.

Bedömning

Vår bedömning är att resultat avseende den palliativa vården följs upp genom indikatorer från Palliativa registret som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen två gånger per år. Dock är vår bedömning att det inte är klargjort hur indikatorerna i Palliativa registret ska användas för att höja kvalitén inom den palliativa vården i kommunen.

4. *Revisionell bedömning*

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för bedömning om samverkan mellan huvudmännen är tillräcklig avseende målet att erbjuda personer en god vård under livets sista tid. Vår revisionella bedömning är att samverkan mellan kommunen och landstinget till övervägande del är tillräcklig för att kunna erbjuda personer en god vård i livets slutskede, men att det finns utvecklingspotential inom området.

Vår revisionella bedömning avseende revisionsfrågan baseras på följande iakttagelser och bedömningar av kontrollmålen:

- Implementering av nationellt vårdprogram har skett genom att vårdprogrammet legat till grund för Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten. Detta handlingsprogram har antagits av socialnämnden i Övertorneå.
- I Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede- Palliativ vård framgår mål för den palliativa vården i Norrbotten. Målen delvis är kända av de som berörs av dem. Inga andra mål avseende den palliativa vården har antagits av socialnämnden.
- Det finns fastställda riktlinjer och rutiner för den palliativa vården och dessa är kända bland sjuksköterskorna men inte hos baspersonalen. Vår bedömning är att det saknas rutiner avseende palliativ vård som riktas till baspersonalen.
- Ansvarsfördelningen på övergripande nivå, enligt Handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten, är tydlig mellan vårdgivarna. Däremot brister ibland ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget i praktiken och det finns behov av att förtydliga vad ansvarsfördelningen faktiskt innebär.
- Systematisk planering sker i stor utsträckning avseende patienter med palliativ diagnos. Personal från socialförvaltningen följer dessutom upp planeringen ett par dagar efter att patienten har kommit hem från slutenvård. Gällande patienter som får sin palliativa diagnos på särskilda boenden sker planering på boendet tillsammans med ansvarig läkare samt berörd personal inom socialförvaltningen. Dock finns en risk att de patienter som uppfattas som palliativa, men inte har fått en palliativ diagnos, inte får en fullgod planering av vården i livets slutskede. Dessutom finns det risker avseende att primärvården inte alltid deltar aktivt i planeringen vid utskrivning från slutenvård.

- En välfungerande och säker informationsöverföring sker inte i tillräcklig utsträckning mellan vårdgivarna. De system som ska användas för informationsöverföring upplevs inte som tillräckliga och används av olika anledningar inte alltid i tillräcklig utsträckning. Detta kan bidra till risker avseende patientsäkerheten.
- Den palliativa vården har till viss del påverkats av kommunaliseringen av hemsjukvården. Genom intervjuerna beskrivs bland annat att fler palliativa patienter nu vårdas hemma, detta är dock inget som verifierats genom statistik eller kvalitetsmätningar. Ingen analys eller uppföljning av den palliativa vården kopplat till hemsjukvården har ännu genomförts i kommunen.
- Personal har till övervägande del kompetens avseende allmän palliativ vård men det finns behov av att se över möjligheten till kompetensutveckling inom området hos framförallt baspersonal.
- Resultat avseende den palliativa vården följs upp genom indikatorer från Palliativa registret som nämnden får till sig via patientsäkerhetsberättelsen två gånger per år. Det är inte klargjort om, och i så fall hur, indikatorerna i Palliativa registret ska användas för att höja kvalitén inom den palliativa vården i kommunen.

4.1. Rekommendationer

För att ytterligare utveckla den palliativa vården vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att det finns tillsäckliga rutiner för den palliativa vården och att dessa är kända och tillämpade av personal som vårdar palliativa patienter
- Att nämnden säkerställer att det tydliggörs vad kommunens och landstingets ansvar för vården av palliativa patienter innebär i praktiken
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig och patientsäker informationsöverföring mellan kommunen och landstinget
- Att nämnden ser över möjligheten till kompetensutveckling inom palliativ vård hos framförallt baspersonal
- Att nämnden tydliggör hur arbetet med att höja kvalitén inom den palliativa vården i kommunen ska utvecklas

November 2015

Jenny Krispinsson

Projektledare

Hans Forsström

Uppdragsledare

Bilaga 1

Definitioner

Allmän palliativ vård: Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Brytpunkt till vård i livets slutskede: Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

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

Efterlevandesamtal: Samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnes närstående en tid efter dödsfallet.

Palliativt förhållningssätt: Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Palliativ insats: Insats med syftet att lindra symtom och främja livskvalitet vid progressiv, obotlig sjukdom eller skada.

Palliativ vård: Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Palliativ vård i livets slutskede: Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Registrering i Svenska palliativa registret: Ett nationellt kvalitetsregister där alla individer som avlider ska registreras så snart det är möjligt efter dödsfallet. Registreringen utförs av den eller de som har mest kunskap om patienten på den vårdenhets han eller hon avlidit.

Specialiserad palliativ vård: Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

Trygghetsplats: Trygghetsplats innebär att patient i palliativt skede som vistas i eget boende har tillgång till plats på sjukhus när behov finns för inläggande uppföljning av komplexa symtom/behov. Patienten behöver då inte passera akutmottagningen.

Trygghetspärm: Trygghetspärm är ett stöd för patienten och innehåller dokument om var patienten har sin trygghetsplats samt för patienten viktiga telefonnummer vid kontakt med olika vårdgivare.

Bilaga 2

Resultat Svenska palliativregistret 2014

Källa: Svenska palliativregistret.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat							
		Boden	Gällivare	Haparanda	Jokkmokk	Kalix	Kiruna	Pajala	Övertorneå
Täckningsgrad	100	50,9	60	65,2	77,8	77	49,1	59,1	82,2
Förväntade dödsfall	80	85,9	81,8	75,2	80	81,9	79,4	84,6	77,6
Andel avlidna utan trycksår	90	88,8	87	95,5	77,1	91,2	87,1	96,4	91,1
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100	77,6	86,1	71,2	68,8	74,3	87,1	60	68,9
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100	93,1	91,7	92,4	87,5	91,2	90,6	89,1	84,4
Andel med dokumenterad munhälsa	100	25	35,2	48,5	43,8	37,5	34,1	30,9	42,2
Andel med dokumenterat brytpunktsamtal	100	35,3	50	57,6	22,9	46,3	52,9	43,6	42,2
Andel med dokumenterad smärtskattning	100	17,2	41,7	33,3	4,2	29,4	22,4	10,9	28,9
Andel med dokumenterad symtomskattning	100	8,6	21,3	15,2	4,2	11	8,2	7,3	24,4
Antal vårdtillfällen i urvalet		135	132	90	63	167	108	65	60

Bilaga 3

Statistik slagningar i NPÖ per kommun

Källa Norrbottens kommunförbund, november 2015.

	Leg. Personal	Antal slagningar (Sep 2015)	Snitt antal slagningar per person (Sep 2015)	Totalt antal slagningar (Jan-sep 2015)	Snitt antal slagningar per person (Jan-sep 2015)
Boden	62	70	1,13	609	9,82
Gällivare	51	22	0,43	687	13,47
Haparanda	25	81	3,24	909	36,36
Jokkmokk	14	102	7,29	687	49,07
Kalix	53	233	4,40	1912	36,08
Kiruna	50	109	2,18	996	19,92
Pajala	20	50	2,50	232	11,60
Övertorneå	17	178	10,47	1431	84,18
Totalt	292	845	2,89	7463	25,56

Observera att det att det kan finnas en viss osäkerhet i statistiken avseende antalet leg. personal vilket kan påverka snittantalet slagningar per personal. Dock påverkar det inte det antalet totala antalet slagningar per kommun.