

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 2 • 2025

TEMA

Dags att gå ut!



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Med omtanke för patienten – och dig själv

Förbättra upplevelsen av
subkutan infusion
med **neria™ guard**



**Stickskyddad,
helautomatisk
med mjuk kanyl.**



STICKSKYDDAD



HELAUTOMATISK



ENKEL APPLICERING



från metod, kunskap och stöd till medicintekniska hjälpmedel

www.infucare.com

Tvärvetenskap pekar ut vägen

”GOD MORGON, KAN man få rulla ut med droppställning och säng till eken utanför?”

I en nära framtid borde en sådan fråga från en patient inte vara en omöjlighet.

Att få vistas utomhus är självklart för de flesta friska människor. Oavsett om vi gillar det eller är rabiata utomhus-hatare behöver de flesta av oss gå ut genom dörren minst en gång om dagen.

MÅNGA AV OSS njuter av stunden – av ljuset, vinden mot kinden, känslan i rörelsen, allt spännande som dyker upp eller stör i synfältet, ljuden av en ekorre som raskar uppför tallen... Kanske planerar vi redan för helgen, då vi ska vara utomhus i timmar.

Den ynnesten har få långvarigt sjuka i Sverige, även om specialiserad palliativ vård generellt sticker ut med sin kunskap om naturens inverkan på hälsa och livskvalitet.

På äldreboenden, där en stor del av den allmänna palliativa vården bedrivs i dag, kan människor som – trots att de

hjälpigt kan ta sig fram med rullator – få vänta i veckor på att få sällskap av vårdpersonal på promenad.

SOM SJUK, NÄRSTÅENDE och personal i Vård-Sverige befinner man sig i ofta i sterila miljöer, till förbannelse lika varandra, ibland utan att ens kunna se ut. Det är djupt olyckligt och ohälsosamt; både för dem som vårdas och för dem som vårdar.

Wilken tur då, att det äntligen tycks vara en boom för tvärvetenskap och ny forskning kring utemiljöns hälsobringande effekter. Halva detta nummer ägnas åt just det – läs, och låt dig inspireras!

Kanske är den vision som genomgående målas upp – att de allra flesta insatser inom vård, omsorg och rehabilitering borde kunna erbjudas likvärdigt, inne eller utomhus – inte alltför långt borta.

SOM ATT HA samtal med sin läkare i IVA:s uterum. Eller att gåträna på gräs, i stället för på ett platt golv. Eller att bara kunna rulla ut med droppställ-

ning, säng och allt annat nödvändigt och få utrymme att tänka fritt, eller inte alls, under en ekkronas vänliga grönska.



Anna Kågström
Chefredaktör



UTLOTTNING!

2022 utkom den tvärvetenskapliga "Vård, omsorg och rehabilitering utomhus – teori, praktik och nya perspektiv" (Studentlitteratur). Nu lottar vi ut 4 exemplar av denna lärobok på imponerande 715 sidor!

Mejla **namn, adress och telefonnummer** till: tidskriften@nrpv.se
OBS! Märk ditt mejl med "Utlottning PV2/2025".

Innehåll **Tema:** Dags att gå ut!

4 **Reflektion:** Målning av Vera Nilsson. Dikt av Daniel Melén.

6 **Tema:** Dags att gå ut!

8 **Åtta argument för hälsovinster med uteliv**



12 Helle Wijk: "Äldre ska inte behöva ha tur för att få komma ut"

14 Tänket med de fyra zonerna – nu både på IVA och Säbo

16 VR-glasögon tar "in" naturen



18 Fysioterapeuten: "Rehabilitering kan göras i alla zoner"

21 **Krönika:** Kristina Grahm

22 Får man dö utomhus?

24 Dans i växthus & dopp från bryggan – tips för ett gott uteliv



26 Profilen: Mattias Tranberg: "Självklart behövs det fler psykologer inom palliativ vård"

31 **Patientfallet:** Martin, 38

32 Existentiell hälsa – om jakten på ett gemensamt språk

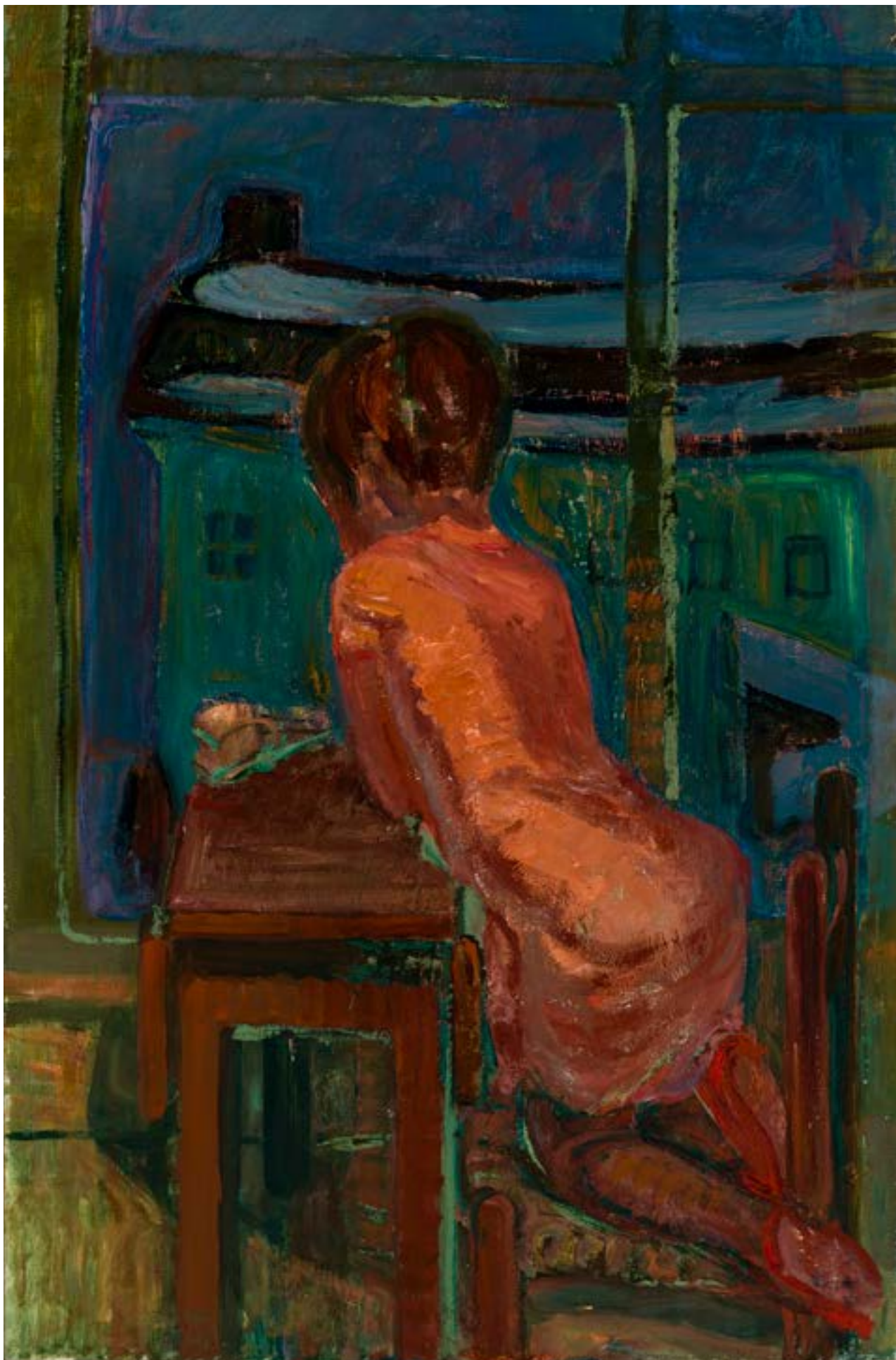
35 Rapport från Svenska Palliativregistret

36 **Vetenskaplig kommentar:** Friare från syrgas – nya rön kan ändra behandling

38 Sommartips inför semestern – titta, lyssna, läs!

40 **Medlemssidorna:** Glada NRPV-stipendiater, 3 frågor inför den Nationella konferensen i palliativ vård och rapport från den årliga nationella konferensen för fysioterapeuter.





"Sagor" från 1933 av Vera Nilsson. Hon målade ofta av sin dotter i vardagliga situationer, och ses som en radikal förnyare av bilden av barnet.

Ny frisy

Det är svårt att kalla det mysigt
att ligga under en filt med tv-serie, våffla och kaffe,
hand i hand med dig i väntan på din död

Det är tveksamt att kalla det njutbart
Men när jag tänker att det kan vara sista gången är det vackert
Jag minns dina andetag som min ständiga följeslagare
När du vill ta hit en frisör för att färga håret,
när du knappt orkar öppna ögonen,
när du är för trött för att leva,
färgar du håret blått

Och det blir en av de där dagarna att minnas
som jag minst anade när jag vaknade
Jag ber för att du ska göra det även i morgon
om än jag inte riktigt vet hur man gör

Ur "Två år av ditt liv" av Daniel Melén (Ekström & Garay, 2025).

Via dikter skildrar han sin dotter Claudia Natalia Tiger Melén och hennes två sista år i livet.

Dikterna blir ett sätt att skriva fram människan Claudia, men också förnekelsen, acceptansen och smärtan i att som närstående mista henne.

Till vardags arbetar Daniel Melén som analytiker och utredare.



Nu går vi ut!

Människan mår bättre av natur. Det fastslås i allt fler studier, och gäller för den palliativa vårdens alla dimensioner. Därför ägnar vi sidorna 6–25 i det här numret åt frågor, svar och tips på hur den palliativa vården, enligt evidensbaserade metoder, kan flyttas ut – året om!

Foto: Lena Granefelt



Livshjälp på naturens vis

– 8 argument för att gå ut

En genomtänkt utemiljö kan ge lindring för personer som är nära livets slut. Catharina Stenmo, miljöpsykolog, lyfter fördelarna med en evidensbaserad hälsodesign.

1. Naturen kräver inget

Det finns i dag god evidens för att naturen kan lindra lidande och öka livskvaliteten för människor.

Den förundran som naturvistelse kan ge har i studier också visat sig kunna sänka kortisolhalter, öka serotonin och lugna hjärtfrekvensen.

En förklaring till naturens läkande effekt är att den inte kräver något av oss, utom vår närvaro. Attention Restoration Theory (ART), som är en av miljöpsykologins bärande teorier, förklarar detta genom att vi i naturen kan vila vår direkta uppmärksamhet och vår förmåga att fokusera och sortera information.

Den så kallade biofiliahypotesen (Wilson, 1984) förklarar det här med att vi, genom hela mänsklighetens historia, har varit beroende av och levt nära naturen. Vi är helt enkelt ”förprogrammerade” att samspela med naturen. Även i dag – när allt fler av oss lever i städer – tolkar våra hjärnor

naturens mönster och intryck utan ansträngning.

2. Löv är bättre än en vägg

Grunden för den moderna forskningen i miljöpsykologi var en studie om vårdmiljöns betydelse (1984) av Roger Ulrich, professor i arkitektur vid Chalmers Tekniska högskola samt adjungerad professor vid Aalborg universitet, Danmark.

Ulrichs studie, som genomfördes under 1970-talet, var upplagd med ett antal identiska sjukrum; den enda skillnaden var utsikten från fönstret. Den ena patientgruppen hade utsikt mot en dunge av lövträd, medan den andra patientgruppen såg en brun tegelvägg.

Resultatet visade att patienterna med den gröna utsikten upplevde mindre smärta, hade en kortare sjukhusvistelse och något färre komplikationer än de med utsikt över en husfasad i tegel. Denna studie har upprepats ett flertal

gånger med samma resultat. Utsikt spelar roll!

Detta blev startskottet för ytterligare studier kring sjukhusestetik och vårdmiljöers betydelse för hälsa och välbefinnande, vilket har engagerat en rad forskare inom bland annat vårdmiljö, arkitektur, landskapsarkitektur och miljöpsykologi...

3. Fri - och ifred från allt

Det finns riklig evidens för att vårdmiljöer med trädgårdar kan minska stress. I sin ”Supportive Garden Theory” lyfter Ulrich fyra resurser som extra viktiga:

a) Känsla av kontroll och möjlighet till privatliv

Som sjuk kan man känna sig fräntagen kontroll över sin kropp och sitt liv. Att veta att det finns någonstans där det går att komma bort från vårdsituationen och få vara för sig själv en stund kan ge en känsla av kontroll.



Foto: Catharina Stenmo.

För att utemiljön ska kännas trygg och inbjudande bör den vara synlig inifrån byggnaden och vara enkel att nå och använda.

b) Socialt stöttande

Känslomässigt stöd och omtanke från andra människor är särskilt viktigt då vi befinner oss i en vård-situation. Det bör därför finnas ett utbud av platser för olika typer av social gemenskap – men också platser som ger möjlighet att få vara ifred.

c) Uppmuntra till rörelse och träning

Utemiljön behöver erbjuda möjlighet till promenader med olika upplevelser. Den som är rullstolsburen eller sängliggande kan njuta av rörelsen framåt, och att ta in naturen med olika sinnen.

För närstående kan utevistelse erbjuda möjlighet till både samtal om naturen och till gemensam, avslappnad tystnad. Naturen inbjuder också till lek. För mycket sköra patienter kan det vara till stor glädje att bara ligga ute i sin säng en stund och se och höra barnbarnen springa runt.

Även för vårdpersonalen är en stödjande utemiljö friskvårdande och



Stora fönster för utsikt och ljusinsläpp, och möblering för att kunna blicka ut på Anker Fjord Hospice, Hvide Sande.



Tillgänglig promenadväg på Hospice Djursland, Stilleskoven.

stressreducerande. Här finns alltså ett gott argument för arbetsgivare att bidra till en mer hållbar arbetsmiljö.

d) Naturen engagerar och distraherar

I naturen finns döden som en del av livet. Närvaro av natur kan därför leda tankar och känslor bort från kamp och mot acceptans, vilket kan vara en vila och tröst både för den döende personen och hans anhöriga.

4. Existentiellt andrum

Att göra det som faktiskt fungerar och är bra – om än så litet – kan göra att livet känns hanterbart. Och det är i sig en viktig friskfaktor.

Upplevelsen av att vara en del av ett sammanhang, även i livets slutskede, och känna lite kontroll över sin livssituation är något att sträva efter.

För att hjälpa patienter och närstående i dessa processer spelar miljön en stor roll.

5. Tillgängligt & tryggt

I min masteruppsats "Att leva tills vi dör: ett salutogent och holistiskt perspektiv på utemiljöns användning och betydelse inom palliativ vård" (2023) undersökte jag utemiljön utifrån tre aspekter: patientens, närståendes och vårdpersonalens. Resultatet visade att de viktigaste faktorerna i vårdmiljön är: trygghet, bekvämlighet och tillgänglighet.

Trygghet för patienten innebär att personalen finns nära, och att det går att få hjälp.

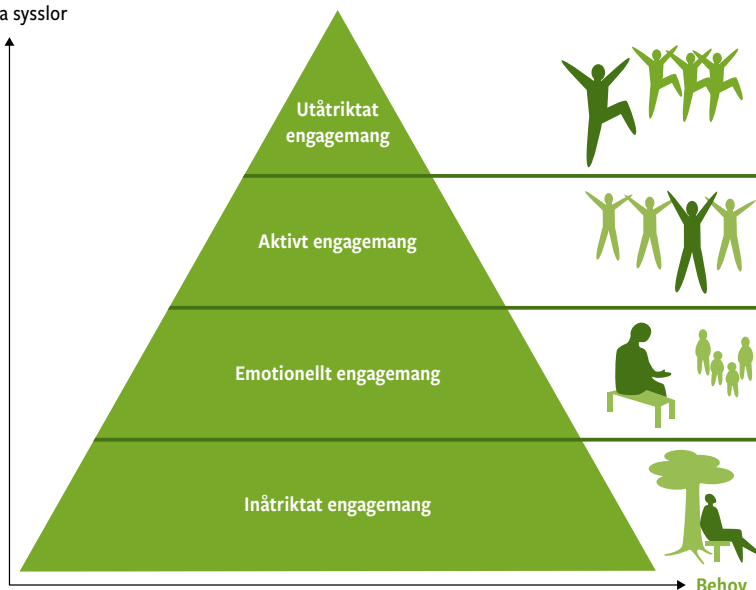
För närstående handlar trygghet om att utemiljön är trygg och omfamnande för att hantera känslor av sorg, frustration och ilska.

Trygghet för personalen är att kunna föra privata samtal, utom hörhåll och utan att riskera att bryta sekretessen.

Bekvämlighet förutsätter att det i utemiljön finns skydd för olika väderlekar, temperaturer och årstider. Liksom lämplig utrustning som komfortstolar, åkpåsar och sängar som tål att köras utomhus.

Tillgänglighet kan innebära ett nära avstånd till avdelningen (för att den sjuka personen ska kunna erbjudas "små andhämtningspauser" utom-

Tillstånd
Ork att utföra
dagliga sysslor



Ork och behov. I den så kallade behovspyramiden beskrivs sambandet mellan hur en person mår och behovet av den omgivande miljön.

hus), men också möjlighet till längre utevistelser (som tillgängliga promenadvägar).

Utgång ska helst vara direkt från patientrummet, och utan fysiska hinder som trösklar och för trånga dörrhåll. Överlag ska den sjuke som vill ut inte behöva känna att hen är till "besvär".

Utemiljön ska också vara tillgänglig inifrån ett sjukhus, hospice eller boende, med en möblering som främjar utsikt över utemiljön. De positiva effekterna av detta gäller även för närstående och vårdpersonal.

6. Stöd för inre processer

Patrik Grahns, professor i landskapsarkitektur vid Sveriges Lantbruksuniversitet, är en av pionjärerna inom svensk evidensbaserad design (EBD) och grundare av Alnarps rehabiliteringsträdgård. I "Teorin om stödjande utemiljöer" (2011) slår han fast att ju mer psykiskt skör och svag en person är, desto mer behövs stödet från omgivningen för att kunna återfå hälsa och välbefinnande.

Enligt Patrik Grahns forskning – som rör sig mellan landskapsarkitektur och miljöpsykologi – har en skör människa enklast att relatera till okomplicerade objekt i naturen, som stenar, träd och trygga ljusa natur-

miljöer. Svårast är relationen till andra människor.

Teorin om stödjande miljöer söker förklara sambandet och kommunikationen mellan den yttre omgivningen, där vi fysiskt befinner oss, och våra inre tankar och känslor. Modellen (se grafik ovan) visar att naturen kan stötta oss i självläkande processer. Ju högre upp i pyramiden vi är, desto mer samspel med andra klarar vi av. Vi är då också mindre beroende av en stöttande miljö. På samma sätt gäller

Evidensbaserad design (EBD)

är ett tvärvetenskapligt ämnesområde som undersöker effekten av den fysiska miljöns utformning på människor utifrån mätbara studier och forskningsresultat.

EBDH implementeras främst inom vården. Ämnesområdet innefattar vetenskaper från bl a miljöpsykologi, arkitektur och neurovetenskap och visar hur exempelvis läkningsprocess, välbefinnande och stress kan påverkas positivt.

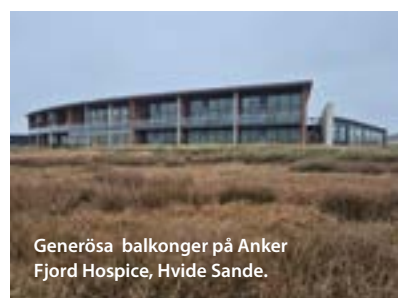
Miljöpsykologi är ett tvärvetenskapligt område inom psykologi och beteendevetenskap som studerar sambandet mellan människa och omgivning.

Illustration: Modifierad efter Patrik Grahns original.

Foto: Catharina Stenmo



Inrett växthus – som kan nyttjas året om – på Sct Maria Hospice, Vejle.



Generösa balkonger på Anker Fjord Hospice, Hvide Sande.



” För människor i livets slutskede kan miljön vara skillnaden.

att ju lägre ner i pyramiden vi befinner oss, desto mer stöd behöver vi för att känna oss trygga och därmed kunna sortera och värdera information – och ta initiativ till, planera och genomföra en handling.

Människor i livets slutskede har således mycket livskvalitet att vinna på en stödjande miljö. Miljön kan vara skillnaden.

7. Hälsosamt för personalen

Hälsa och välbefinnande för vårdpersonal har varit ett eftersatt område, trots att de själva arbetar för människors hälsa och välbefinnande.

Det är uppseendeväckande, då arbete med människor nära döden ställer krav på återhämtande miljöer för vårdpersonalen.

Evidensbaserad hälsodesign har därför en viktig roll för att förebygga exempelvis stressrelaterad ohälsa, liksom för att möta andra specifika behov hos vårdpersonalen som finns inom palliativ vård.

8. Fyra steg framåt!

I dag finns inga nationella riktlinjer eller lagar som fastställer rätten att vistas i utemiljö för patienter inom palliativ vård.

Tänk, om en lika stark opinion kunde väckas kring palliativa patienters rätt att komma ut som för mjölkors rätt till utevistelse?

Jag skulle vilja driva på utvecklingen med några påståenden om varför en sådan opinion skulle behövas:

- Så länge det för personer i livets slutskede finns utemiljöer utan skydd för sol, vind och regn som gör att miljöerna kan användas året runt.
- Så länge det ibland helt saknas möjlighet att komma ut, eller den enda vägen ut är lång och krånglig (via trånga hissar, allrum och parkerings-

platser) och utan möjlighet att enkelt nå personalen.

- Så länge det finns vårdmiljöer som helt saknar fönster!

- Så länge det saknas regelverk och policy rörande rätten att få komma ut – även i livets slutskede.

Därför är min förhoppning att finna medel för ett fullskaligt forskningsprojekt kring hälsovinster med stöttande utemiljöer. Syftet är just att utveckla en policy för implementering av utemiljön som en del av vårdmiljön vid palliativ vård.



Catharina Stenmo

är trädgårdsingenjör med en masterexamen i miljöpsykologi vid Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU).

Just nu söker hon anslag för projektet "Leva tills vi dör – Natur och utemiljö i palliativ vård".

Danmark ligger på flera sätt i framkant vad gäller hälsofrämjande design. Bilderna är tagna av skribenten under en studieresa till olika hospice i Danmark.

Scanna för referenser

Via QR-koden när du ett dokument med källhänvisningar till texten.



Helle Wijk:

”Äldre ska inte behöva ha tur för att få komma ut”

Rätten att gå ut måste bli rutin inom äldreomsorgen. Det föreslås i det omfattande Out fit-projektet, som har kartlagt hela Säbo-Sverige. Jämte kunskap får politiker två högst konkreta verktyg. Projektledaren Helle Wijk är nöjd.

92 procent (!) av Sveriges äldreboenden saknar enligt er forskning rutiner för utevistelse. Vad tänker du om det?

– Att det är väldigt illa. Särskilt som det i dag finns mycket belägg för hälsovinster med att som människa få komma ut. En möjlig faktor för bristen på utevistelse är att äldreomsorgens chefer har flest medarbetare att leda och ansvara för; 48 i medeltal. Då kan det kanske vara svårt att även hinna utveckla rutiner. Men det är bara en hypotes.

– Att det saknas rutiner har vi även fått exempel på i våra kvalitativa studier. Vi har gjort gå-turer med personalen i passager mellan inne och ute, liksom i utemiljön. Då har det blivit tydligt att utevistelse är något man gör när man har ”tid över”. Det finns alltså inga rutiner.

Ni har också funnit är att 43 % av dagens äldreboenden saknar trädgård.

– Det är ytterligare en konkret förutsättning för att vilja och kunna komma ut i naturen. Visserligen kan vård- och omsorgsboenden kompensera med balkonger och terrasser om trädgård saknas, men fortfarande är det väldigt illa att detta inte är tillgodosett.

En av era arbetsmetoder har varit att studera planritningar av inne- och utemiljöer för äldreboenden i hela Sverige?

– Vår utgångspunkt var att skicka ut enkäter till samtliga boenden, men så kom pandemin, med all påfrestning den innebar för personalen. Då insåg vi att vi i stället kunde begära ut planritningar för

alla boenden. Det har varit ett spännande, men grannliga, arbete att gå igenom och sammanställa det materialet.

Ni har också granskat översiktsbilder av hur olika Säbo är placerade – i eller utanför städer. Vad är din kommentar till det ”Nils Holgersson”-perspektiv ni nu har?

– Framför allt att det inte finns något mönster i var äldreboenden är placerade i förhållande till naturkontakt och övriga samhället – alltså att det är väldigt stora variationer. Det kan inte relateras till klimatzon, tätort eller glesbygd, inte heller om där exempelvis finns en trädgård eller balkonger.

– Ytterligare en komplikation är att ett boende visserligen kan ha en trädgård – men utan träd, vilket är en nödvändighet för att skänka skugga

åt äldre människor sommartid. Träd behövs också för att ge skydd för vind och nederbörd vid andra årstider.

I dag är det inte ovanligt att bygga takterrass när markutrymme saknas för en trädgård?

– Ja, det kan tyckas vara en smart tanke, men som inte är tänkt hela vägen. På en takterrass blåser det ganska ofta. Den ligger ibland 5–10 våningar upp, vilket kan oroa många äldre. Dessutom kräver en sådan utevistelse att personal är närvarande, vilket inte alltid är möjligt.

– En annan utveckling vi ser är att bygga så att ett äldreboende och en förskola delar en innergård. Det är också bra tänkt, men tyvärr fördelas utrymmet ofta på de äldres bekostnad. Det beror på att barn har ett lagstadgat



En av de översiktsbilder som använts i Out-fit-projektet; här från Halmstad.



Helle Wijk tror på en förändring – snart.

stöd för hur mycket utrymme utomhus det ska finnas per barn. För äldre finns inga sådana lagfästa beräkningar.

Ni har också funnit goda exempel?

– Då är utemiljön integrerad som en del av hela verksamheten, och används året om för olika ändamål. Om någon av hyresgästerna känner sig orolig eller nedstämd kan en promenad och en pratstund utomhus vara till stöd.

– Utemiljön används också självklart för rehabilitering. Ta bara en sådan sak som gåträning. Det är såklart bättre att få träna utomhus på olika underlag, än att gå på ett plant golv i en korridor.

Finns det inte en risk att idén om att komma ut i naturen inte passar alla?

– Självfallet vill inte alla äldre ut i skog och natur; utevistelse ska som alla andra insatser vara personcentrerad.

– Men vi har också, utifrån intervjuer med vårdpersonal, sett att personal som själva uppskattar fysisk aktivitet och att vara ute i naturen med större sannolikhet genomför sådana aktiviteter. Och så slumpmässigt kan vi ju inte ha det! Du, som boende, ska inte behöva ha "turen" att träffa en undersköterska som gillar att vara ute. Det är återigen ett argument för att det behövs tydliga rutiner.

Er forskning har målet att bidra till konkreta verktyg, som förslag på "Nationell strategi för utevistelse" och förslag på en modell för dialog mellan ansvariga för vård och byggd miljö vid uppförandet av nya Säbo?

– Enligt Socialstyrelsens beräkningar kommer det att behövas 500–600 nya Säbo inom de närmaste åren. I dag saknas modeller för hur dialog kan föras mellan beslutsfattare vid beställning av nya boenden och dem som ansvarar för uppförandet – liksom de som sedan ska bo och arbeta där.

Out-fit-projektet

Bedrivs av: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, i samarbete med Chalmers tekniska högskola, SLU samt Högskolan i Gävle.

Projektledare: Helle Wijk.

Finansiellt stöd: 12,6 miljoner.

Mål: Att äldre personer som bor på särskilda boenden får förbättrad livskvalitet genom ökad tillgång till utemiljöer, utevistelse och uterhabilitering.

Projekttid: 2021–2025. Studien läggs fram 13 juni. Madeleine Liljegren arbetar sedan som post doc med de konkreta arbetsmodellerna.

Där kommer vi att bidra med konkreta förslag.

När tror du att ert förslag om en "Nationell strategi för tillgång till utemiljö och utevistelse för äldre personer vid särskilda boenden" blir verklighet?

– Förhoppningsvis redan i år. Det är en av fördelarna med att bland annat Socialstyrelsen är med i projektets referensgrupp.

– Frågor vi gärna fördjupar oss i är om det spelar någon roll för hur man använder sig av utemiljön om äldreboendet finns i stan eller på landet? Om där finns en trädgård eller enbart balkonger?

– Under projektets gång har vi i samarbete med Socialstyrelsen kunnat införa sju kriterier kring utemiljö i de öppna jämförelserna; bara det är fantastiskt. Vi har även varit inbjudna till två riksdagsseminarier för att informera om vår forskning, där vårt projekt också väckt intresse. Så ja – jag tror att det blir kommande inom en snar framtid.

* Källa: Socialstyrelsen (2025)

Anna Kågström

Titta ut – och må bättre

Flera nyheter på uteområdet grundas i tvärvetenskap. Anna Bengtsson vid SLU kläckte idén med de fyra zonerna, som nu sprider sig till sjukhus och Säbo.

1. Du är landskapsarkitekt och skapade modellen med de fyra zonerna 2015. Varför behövs den?

– För att det är viktigt att också förstå hur utemiljön upplevs inifrån – från ett fönster, en balkong eller terrass – och vilken betydelse utemiljön faktiskt har, även när man inte är i den. Vi vet från olika studier vilken hälsofrämjande betydelse det har för både patienter, boende, personal och anhöriga att ha utsikt över natur och grönska. Om det dessutom är enkelt att kunna ta steget ut är det, enligt studier, ännu bättre.

2. Det är en schematiskt enkel modell. Hur kommer det sig att den ännu inte har revolutionerat användandet av utemiljö inom vård och omsorg?

– Jag är ju forskare, och ingen entreprenör, men på olika sätt har modellen spridits ändå. Exempelvis har Skanska i flera år använt den för byggnation av äldreboenden. Jag bor själv i Skurup, och där finns faktiskt ett äldreboende som är

byggt utifrån principerna i min modell. Det är förstås jätteroligt.

– På det medicinska området krävs dock att man gör studier för varje specifik patientgrupp, vilket tar tid och kostar pengar. Som jag ser det finns det redan generell kunskap att utgå ifrån vad gäller närhet till utemiljö. Att den kunskapen implementeras skulle kunna göra skillnad för så många människor, och under generationer framåt.

3. Studier visar att hälsovinster med närhet till grönska blir särskilt stora för personer som är stressade, sjuka och/eller befinner sig i kris.

– Det beror förstås på att de som mår som sämst har störst potential för att få bättre hälsa. Men den effekten gäller också omvänt. De sköraste och



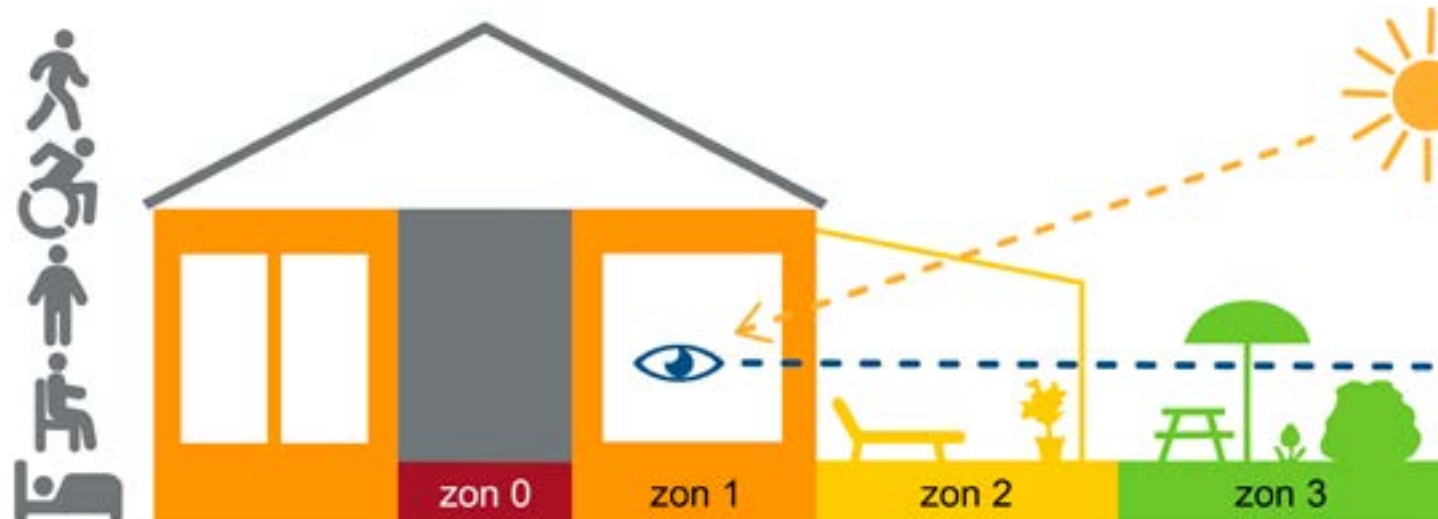
Anna Bengtsson

sjukaste är de som är allra känsligast för störande moment i utemiljön. Därför kan exempelvis buller helt och hållet motverka den positiva effekten, trots en i övrigt bra och välstrukturerad utemiljö.

4. Du har också med en kollega gjort en studie kring hur man som patient eller boende på Säbo upplever de fyra zonerna utifrån kroppsposition.

– Tyvärr tänker inte alltid personal på saker som: Vad ser jag som patient eller boende om jag blir placerad i en rullstol på en viss plats i rummet? Var finns utsikt – behöver stolen eller sängen kanske vändas? Går det till och med att köra ut sängen i zon 4, så att patienten kan ligga under ett träd och titta upp i trädkronan?

– Det är inte ovanligt att boende på Säbo eller patienter som är på sjukhus under en längre tid upplever att de är ”instängda”. När de kommer ut uttrycker de att de känner att de fortfarande lever. Och att känna att man



Modellen visar tydligt hur utemiljön kan upplevas i de fyra olika zonerna. Läs mer om hur på sid 8–11 och 18–19!

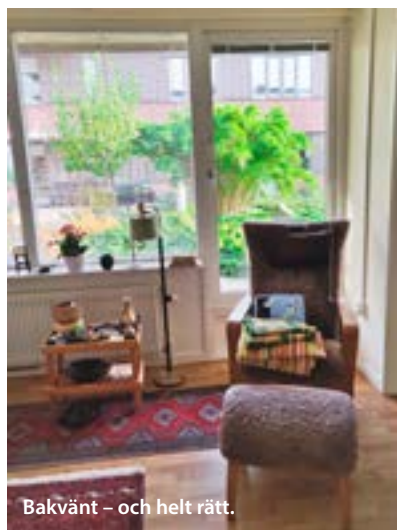
i de fyra zonerna

lever är väl en rätt god förutsättning för att överleva?! Ofta blir utevistelse och kvaliteten på den istället beroende på eldsjälar och enstaka personal. Det blir en väldigt ojämlig och orättvis vård och omsorg.

5. Vilka är de största hindren för att skapa en bra utemiljö för sjuka och sköra människor?

– Kortsiktigt ekonomiskt tänkande, liksom beslutsfattare högt upp i beslutshierarkin. Även i fall där det finns ett brinnande engagemang och en kunskap kring utemiljön i en organisation är det inte ovanligt att den som ska ta det allra sista beslutet ändå inte ser värdet i en sådan satsning. Trots att forskning visar att det i längden är ekonomiskt gynnsamt.

– Ett annat hinder som förekommer är brist på förståelse och kunskap hos den lokala ledningen och vårdpersonal om utemiljöns hälsofrämjande effekter. Vi vet via studier att en komponent för förståelse är hur mycket man som person själv har vistats i naturen under uppväxten. Många får upp ögonen för behovet av en fungerande utemiljö först när de får erfarenheter av att de själva – eller deras anhöriga – inte längre kan njuta av något som de tidigare har tagit för givet. Det är förstås frustrerande. Utemiljö och utevistelse



ger upphov till attraktivare arbetsplatser på så många plan.

6. Du har också arbetat med ett projekt i Region Jönköpings län, där ni har gjort grönstrukturplaner. Här kan till och med till IVA-patienter vårdas utomhus?

– Ja, genom att utvärdera tillgångar och brister i miljön har vi kunnat göra långsiktiga planer för länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset Eksjö och Värnamo sjukhus.

– IVA på Ryhov är kanske ett av de mer intressanta exemplen på hur en anpassning visat sig fungera så bra. Här kom initiativet till stor del från

personalen som ville ha möjlighet att ta ut patienter på en innergård, året om. Det var landskapsingenjören Robert Burman som hittade en lösning med gummimattor för att enkelt kunna köra ut sängar och teknik. Hans team skapade även en grönskande och behaglig miljö.

– Egentligen kan väldigt mycket vård göras utomhus. Det är motsägelsefullt att ingen någonsin har behövt bevisa att det är bra att vårda människor inomhus, men när det gäller utemiljö efterfrågas det bevis.

7. Vad säger du till kritiker som hävdar att det du forskar kring är "flummigt"?

– Att det finns god evidens för utemiljöns hälsobringande effekter. I dag är det ett slags boom för forskningsfältet, inte minst tvärvetenskapligt. Att vi inom landskapsarkitektur har fått till ett samarbete med vårdvetenskap har varit ett viktigt steg, liksom att modellen med de fyra zonerna refereras till i olika tvärvetenskapliga forskningspublikationer.

8. Som forskare vid Sveriges lantbruksuniversitet (SLU) utanför Lomma har du din arbetsplats i en ovanligt rik miljö. Vad ser du när du tittar ut genom fönstret?

– Mycket himmel och ett stort gräsfält, omgivet av vintergröna buskar och stora, härliga, gamla träd. Det är en riktigt bra utsikt för att snabbt kunna återhämta sig efter digitala möten eller intensivt läsande och skrivande, och för att få nya tankar och idéer.

Anna Kågström

Scanna för referenser

Via QR-koden når du ett dokument med källhänvisningar till texten.





Besök i skogen från fåtöljen

Kan VR-filmer med träd efterlikna känslan av vara i en riktig skog? Det är en del i ett projekt som Ann Dolling, forskare på skogens ekologi och skötsel, är med och driver.

DET TVÄRVETENSKAPLIGA PROJEKTET "Naturearch" syftar till att – med hjälp av VR – skapa multisensoriska upplevelser av natur.

Grupper som ingår i den svensk-finska studien är bland annat patienter inom palliativ sjukvård, personer inom äldreomsorgen samt personer med funktionsnedsättningar. Tanken är alltså att de virtuella naturupplevelserna ska ses som ett komplement till institutionell och farmaceutisk terapi och rehabilitering.

– Deltagare är personer som själva har svårt att ta sig ut, och som befinner sig i slimmade vårdmiljöer där personal sällan hinner med uteaktiviteter, säger Ann Dolling.

De inspelade miljöerna upplevs i



Den uppbyggda domen i Seinäjoki.



”Det är inte så mycket action, utom i filmen ”Fiskmås på ägg”, där det flygs en del.

vara stilla upplevelser för alla dem som mår bra av att inte få för många intryck.

För att utvärdera hälsoeffekterna tas olika parametrar, som hjärtvariabilitet (HRT) och blodtryck, liksom smärtskattning (VAS). Därtill görs kvalitativa intervjuer.

METODEN FÖR ATT mer detaljerat studera positiva hälsoeffekter är densamma som används inom reklambranschen – man mäter helt enkelt ”vad ögat vilar på” i de olika miljöerna:

– Vi är så duktiga på att ge läkemedel inom vården, men har förlorat kopplingen till naturens läkande krafter för människan, säger Ann Dolling. Ändå vet vi, inte minst från stressforskning, att natur kan fänga vår ”spontana uppmärksamhet”. Det är alltså när vi vilar blicken på något som signalerar trygghet och överlevnad, och hjärnan får vila utan att behöva sortera bland intrycken.

Färdiga resultat från studien ska enligt planen presenteras under 2026. Förutsatt att resultatet är övertygan-

de är målet att Natureach-filmerna ska kunna få konkret användning på svenska och finländska sjukhus och äldreboenden.

– Det är klart att VR-miljöer aldrig kan ersätta upplevelsen av riktig natur. Men för dem som av olika skäl inte kan komma ut kan de vara ett alternativ, säger Ann Dolling.

Fakta om studien

Pågår 2023–2025

Ett tvärvetenskapligt samarbete mellan forskare från sex svenska och finska universitet och högskolor inom området Natur och Hälsa. Från Sverige deltar SLU, Umeå universitet och Luleå tekniska universitet samt Lifestyle Medicine Österåsen, Region Västernorrland. De studerade grupperna i Sverige finns inom äldreomsorg, palliativ vård och livsstilsförändring.

Avsikten är att kombinera den senaste VR/digitala tekniken med multidisciplinär forskning.

första hand i VR-glasögon medan man på en av orterna – i österbottniska Seinäjoki – har byggt en dome, där patienter antingen kan sitta i en bekväm fåtölj eller rullas in, liggandes i sina sängar.



Ann Dolling

I VISSA FALL har man använt naturfilmer via vanlig skärm, något som under projektets gång har varit vanligare på Säbo, där vissa äldre kan ha svårare att använda VR-glasögon.

– Det är inte så mycket action, utom i filmen ”Fiskmås på ägg”, där det flygs en del, säger Ann Dolling. Annars kan det vara en liten lav som rör sig på tallmon, och vågor som slår i filmen om älvstranden. Tanken är ju att det ska

Se, titta, lukta & känn!

De flesta filmerna är gjorda med 360-graders kameror samt några med standardkameror med fish eye-objektiv för 180-graders videomaterial.

Ljuden spelas in med separat ljudutrustning.

För att förstärka naturupplevelsen är tanken att de audiovisuella upplevelserna ska kompletteras med dofter, smaker och taktila förmånelser genom att man även plockar in natur, som grenar, mossor, blommor och bär.



Madeleine Liljegren, fysioterapeut:

”Rehabilitering kan göras i alla zoner”

De flesta arbetsuppgifter kan lika gärna göras utomhus. Så varför inte gå ut?! Här ger Madeleine Liljegren, fysioterapeut och doktorand, förslag på hur man kan tänka.

ATT ANVÄNDA utemiljöer i hälsofrämjande syften har historiska rötter, från klostrens medicinalträdgårdar, via spa med renande bad till sanatorier-
nas läge som ansågs bidra med extra frisk luft. Dock verkar det som om utemiljöernas hälsofrämjande potential inte används i större omfattning inom dagens vård, omsorg och rehabilitering.

Att anta ett personcentrerat förhållningssätt innebär att vården, omsorgen och rehabiliteringen utgår ifrån personens behov och målsättning, aktuell evidens inom området och beprövad erfarenhet.

Samverkan mellan personen i behov av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser och personalen är avgörande för resultatet. Därför är det viktigt att båda parter delar beslutsfattandet.

EXEMPEL: EN PERSON har som målsättning att kunna hämta posten i brevlådan som är placerad vid tomtgränsen. Lämpliga insatser i utemiljö kan då vara att träna på att gå i trappan som finns på utsidan av ytterdörren,

samt att gå på den grusade uppgången mellan huset och brevlådan.

Det personcentrerade arbetssättet försiggår alltid i en miljö. Det innebär att både inne- och utemiljöer är arenor att använda för personcentrerade vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

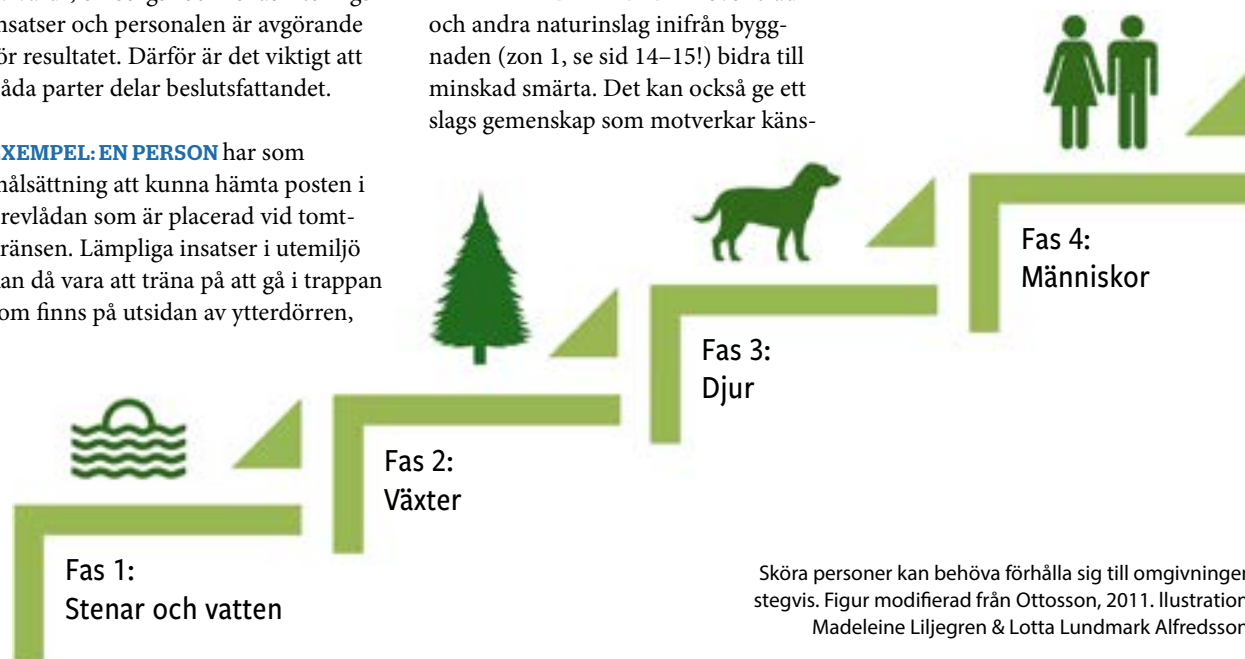
Tidigare forskning visar att naturkontakt och utevistelse är grundläggande mänskliga behov som kan bidra till hälsa och välbefinnande för både patienter och personal. Därför är det viktigt att personer som på grund av sjukdom och som inte själva kan tillgodose naturkontakt och utevistelse får stöd av personal.

EXEMPELVIS KAN UTSIKT över träd och andra naturinslag inifrån byggnaden (zon 2, se sid 14–15!) bidra till minskad smärta. Det kan också ge ett slags gemenskap som motverkar kän-

slan av ensamhet när andra personer inte finns i närheten. Utsikt samt ett öppet fönster kan dessutom bidra till ökad lust att förflytta sig från inomhus till utemiljö.

Att ta steget utanför byggnaden, exempelvis till en balkong, uteplats (zon 2) eller trädgård (zon 3) kan bidra till hälsoeffekter, så som förbättrad sömnkvalitet, ökad aptit och minskad känsla av nedstämdhet. Samtliga dessa aspekter är väsentliga för personer inom palliativ kontext. Dessutom tycks utemiljöer bidra till fascination, på ett sätt som inte inomhusmiljöer gör.

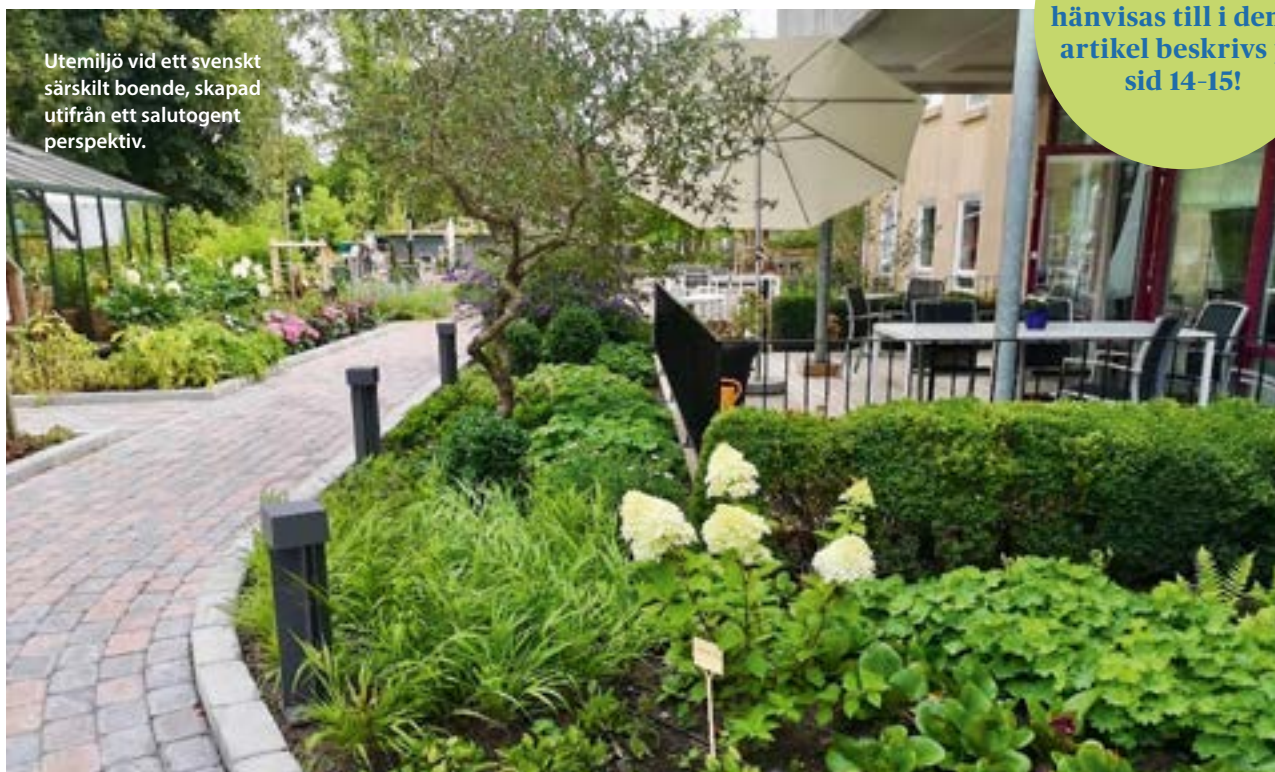
Utifrån personalens perspektiv visar tidigare forskning att tillgång till



Sköra personer kan behöva förhålla sig till omgivningen stegvis. Figur modifierad från Ottosson, 2011. Illustration: Madeleine Liljegren & Lotta Lundmark Alfredsson.

OBS!
De fyra zoner som hänvisas till i denna artikel beskrivs på sid 14-15!

Foto: Good Garden.



Utemiljö vid ett svenskt särskilt boende, skapad utifrån ett salutogent perspektiv.

dagsljus i byggnaden och naturutsikt kan bidra till ökad kreativitet, arbetstillfredsställelse och uppmärksamhet. Det kan i sin tur exempelvis leda till minskade läkemedelsfel.

ATT ARBETA UTMOMHUS med patienter kan bidra till förbättrade relationer och bättre kommunikation, enligt forskning gjord kring personer med demenssjukdom.

Enligt devisen att mycket av det arbete som görs i inommiljö lika gärna kan göras i utemiljö kan vissa administrativa uppgifter, så som dokumentation (förutsätter bärbar dator och tillgång till internetuppkoppling utomhus), samtal, möten och individuell kompetensutveckling (inläsning) vara aktuella. För kontorsarbetare som arbetar utomhus bidrar utomhusarbete till förbättrad återhämtning.

För att utemiljöerna ska vara möjliga att använda behöver deras utformning vara anpassade till de fysiska och kognitiva svårigheter som patienterna kan ha. Exempelvis underlättas förflyttning med rollator, rullstol eller vårdsäng mellan inne- och utemiljö om samtliga dörrar är utrustade med dörröppningsfunktion. Det bör heller inte vara nivåskillnader i underlagen mellan miljöerna.

Dock räcker det inte med anpassade

utemiljöer om inte vård-, omsorgs- och rehabiliteringsverksamheten också utvecklas parallellt. Konkret betyder det att när ett gemensamt beslut om en aktuell insats har fattats bör också beslut om i vilka inne- och/eller utemiljöer de ska genomföras i tas. På så vis ökar tydligheten och insatser i utemiljöer blir en naturlig del av vården, omsorgen och rehabiliteringen.

UTIFRÅN DET FYSIOTERAPEUTISKA perspektivet är vanligt förekommande insatser som planeras och genomförs balans-, styrke- och förflytnings- träningar. Dessa insatser genomförs vanligtvis i zon 1, men går lika bra att genomföra i zon 2, 3 och 4.

För de verksamheter som helt saknar tillgång till egen utemiljö i anslutning till byggnaden (zon 2 och 3) kan platser i zon 4 användas, så som en närbelägen park eller ett utegym. Valet av insatser styrs alltså av det gemensamt satta målet, vilket i sin tur avgör lämplig plats.

När jag tillsammans med kollegor intervjuat vård-, omsorgs- och rehabiliteringspersonal vid särskilda boenden inom ramen för forskningsprojektet Out-Fit framkom både positiva och negativa attityder kring att använda utemiljöer för personcentrerade insatser.

För att alla patienter ska få möjlig-

het till naturkontakt och utevistelse behöver chefer och beslutsfattare ta taktpinnen och introducera både inne- och utemiljöer som arenor för personcentrerad vård, omsorg och rehabilitering.

I INTERVJUERNAS FRAMKOM det även att samtliga yrkesgrupper kunde identifiera flera relevanta arbetsuppgifter i samtliga zoner (sid 20).

Att använda utemiljöerna ska inte ses som en ny tillagd arbetsuppgift för personal, utan snarare som en möjlighet att vissa av de befintliga arbetsmomenten kan genomföras i utemiljö.

För att implementering av utemiljöer i verksamheten ska få bästa möjliga förutsättningar är det fördelaktigt att:

- * en rutin utvecklas
- * utemiljöerna analyseras och utvecklas vid behov
- * verksamhet i utemiljö inkluderas som en punkt på agendan för arbetsplatsträffarna
- * arbetsgivaren tillhandahåller lämpliga arbetskläder och arbetsskor beroende på årstid.



Madeleine Liljegen
fysioterapeut och doktorand inom Out-Fit projektet vid Göteborgs universitet och Chalmers Tekniska Högskola

MER TIPS PÅ NÄSTA SIDA! ►

Insatser ute - året om

Alla yrkesgrupper kan arbeta i utemiljö - på balkonger, uteplatser eller i trädgårdar

Här är exempel på insatser som kan genomföras året om utifrån yrkeskategori:

- **Undersköterska:** Förbereda för utevistelse (kläder, skor, toalettbesök), erbjuda fika och måltider utomhus samt promenader, sångstunder, spel och lekar m m.
- **Aktivitetsledare:** Sociala aktiviteter, trädgårdsaktiviteter, sittgympa, spel och lekar, samt musik- och sångunderhållning.
- **Sjuksköterska:** Hälsosamtal samt lämpliga medicinska kontroller och observationer.
- **Arbetsterapeut:** Träning av dagliga aktiviteter samt hjälpmedelsutprovning och förflyttningsträning med hjälpmedel.
- **Fysioterapeut:** Balans- styrke- och fallpreventionsträning, samt hjälpmedelsutprovning och förflyttningsträning med hjälpmedel.

Testa en ny arena

Reflektera kring vilka arbetsmoment som lika gärna kan genomföras i zon 2, 3 och 4 (utemiljö) som i zon 1 (innemiljö).

- Våga testa! Börja använda zon 2, 3 och 4 i liten omfattning, exempelvis med ett arbetsmoment som inkluderar en patient.
- Dela erfarenheter av arbete i utemiljö med kollegor.
- Ta lunchrasten eller andra pauser i utemiljö för att påverka den egna hälsan positivt.

Från skugga till eld

Anpassade utemiljöer vid olika väder:

- **Soliga och varma dagar:** Skuggplatser, exempelvis under parasoll, markis eller pergola i zon 2 och under stort träd i zon 3 eller 4.
- **Regniga och blåsiga dagar:** Väder- och vindskyddade platser i zon 2, exempelvis inglasad balkong, uterum eller växthus.
- **Kyliga dagar:** Platser som ger värme, exempelvis uppvärmd inglasad balkong, uterum eller växthus (zon 2). I trädgården (zon 3) kan eldkorgar användas som värmekälla.

Bra kläder

Det finns inget dåligt väder...

En förutsättning för att gå ut, året om, är att både personal och patienter har bra kläder.

- **Personal kan behöva:** Regn- och vindtäta jackor och byxor (höst och vår). Varmare kläder, vantar och mössor (vinter). Tunnare jacka och keps (sommar). Och för alla säsonger: Bra skor.
- **Patienter kan behöva:** Bra kläder, huvudbonader och skor. Vindtät och/eller varm åkpåse.



Madeleine Liljegren

fysioterapeut och doktorand inom Out-Fit-projektet vid Göteborgs universitet och Chalmers Tekniska Högskola

KRÖNIKA

”För många är skogen en självklar plats”

”**SKOGEN ÄR DET** enda som hjälper”, sa Rune och tittade på mig med en ångestfylld blick. Han berättade om hur det var när han fick sin diagnos, då han tog alla tillfällen att uppleva doften av mossor och solglimtarna som silade fram genom det gröna bladverket i skogen vid sommarstugan. ”Det är bara i skogen som jag känner ett lugn och kan rensa tankarna.”

I mitt jobb som kurator möter jag ofta liknande uttryck, där naturen erbjuder känslöhantering. Den existentiella ensamheten aktiveras i krisen och man inser att steget in i döden måste man göra helt själv. Många drabbas av känslor av meningslöshet.

NATUREN ÄR EN meningskälla som många känner samhörighet med. Den ger upphov till glädje, skapar lugn samt ger återhämtning och kraft. För många är det en självklar plats för inre andlighet, med en känsla av något större.

I Sverige finns en ökad tendens till ”privat religion” och andlighet. Musik, litteratur, psykoterapi och naturen blir viktiga i förmedlare av existentiella och andliga upplevelser. Svar som tidigare gavs av den kristna kulturen ges nu på andra sätt, där en alternativ andlig väg är genom naturen, och naturen blir ”kyrka”.

MÅNGA UPPFATTAR ett heligt värde, dess aktualitet och oändlighet – vad som än händer i världen så kommer naturen ändå att finnas där. Träden, mossan, himlen och vattnet har en lugnande och trösterik effekt och ger en känsla av trygghet när allt annat är



”Träden har en trösterik effekt

kaotiskt. Det är ett evigt kretslopp med energiers oförstörbarhet, och att vara en del av det ger både tröst och kraft.

I MIN ROLL som kurator försöker jag att möta patienter och närstående där de trivs bäst. Det kan bli samtal ute, vid havet, i trädgården eller på promenader. Mellan orden kan man vila i omgivningen och orka lite mer.

Vi måste skapa fler naturupplevelser

och ta in naturen i rummen för dem som inte kan gå ut. Vända sängen mot fönstret och låta frisk luft, ljus, ljud och doft komma in. Använda naturnära färger och inreda med växter, naturbilder, organiska former och naturmaterial.

DEN SISTA TIDEN kunde Rune uppleva naturens kraft genom att tillbringa stunder i sitt uterum, som pyntades med mycket grönt, kvistar och färsk mossor. Han upplevde solens strålar och vindens omfamning, och ångesten var hanterbar.



Kristina Grahm

kurator vid ASIH Ängelholm, och medlem i Redaktionsrådet för denna tidning..



Vila på balkongen. Det välvda taket skyddar mot regn. SSK Jonna Lönnborn ger nära vård.

Med himlen som utsikt vid livets slut

En patient vill dö på balkongen, en annan på stranden. För arbetsterapeut Britte Larsson och teamet vid Palliativvårdsavdelningen och ASIH-Ystad är sådana önskemål en självklar del av jobbet.

BRITTE LARSSON, ARBETS-TERAPEUT, har arbetat på Palliativvårdsavdelningen i Ystad sedan den startade 2004. Tidigare var här en långvårdsavdelning, sedan en strokeavdelning. Ett arv från föregångarna är de breda dubbeldörrar som går att öppna ut mot balkongen. Det finns alltså inga hinder för att rulla ut en säng.

Själva balkongen sträcker sig längs med hela avdelningen, och under ett högt, välvat trätak. Två våningar ner

är en parkering, men för en liggande patient syns endast utsikt mot träd, himmel och horisont. På två ställen i väggen finns en ringledning kopplad; det går alltså lika snabbt att få kontakt med personalen som om man är inomhus.

– Sedan uppfylls ändå inte alltid det som patienten önskar, säger Britte Larsson. Vi har haft flera patienter som vi ordnat för att få dö på balkongen, men sedan har det ändå blivit så att de har dött när de av

olika skäl varit på sitt rum.

BRITTE LARSSON MINNS särskilt en kvinna som fick som hon önskat, och avled ute på balkongen.

– Det var vinter och kallt, men vi bäddade om henne med sjalar, filtar och täcken, och så låg hon där i sin säng, på balkongen och omgiven av sina närstående, till livets slut.

Även för en manlig patients sista önskan föll det lyckosamt ut:

– Det var en person som haft hästar.

Nu låg han här på avdelningen och längtade så efter sina hästar. Då kontaktade jag kommunens arbetsterapeut, och en vårsäng ordnades till hemmet. När ambulansen körde in på gården ledde dottern ut två av hästarna, så att han fick hälsa ordentligt på dem innan han bars in i huset. Sedan dog han bara några timmar senare. Då kände vi verkligen att vi hade lyckats uppfylla det han ville.

FÖR EN ANNAN patient, en kvinna, satte däremot årstiden käppar i hjulet:
– Hon ville gärna dö på stranden här nere vid Östersjön. Tanken var att hon skulle ha sina anhöriga omkring sig.

Avdelning och ASIH

Palliativvårdsavdelningen är inhytt i Ystad lasarett och har 8 platser. Därtill finns ASIH med 28 platser.

Om det varit sommar hade vi säkert kunnat lösa det, men med vinter och kyla blir det svårare. Däremot fick hon komma ut på balkongen så mycket som hon önskade.

Så - hur skulle det fungera om ett flertal av era patienter skulle ha individuella önskemål om dödsplats utomhus?

– Det behövs ju lika mycket eller lite personal som när patienter dör på rummen. Oftast finns ju också närstående som är med patienten. Med tanke på vad det betyder för patienterna vill vi ju förstås gärna hjälpa dem med det, säger Britte Larsson.

Anna Kågström



Britte Larsson,
arbetsterapeut.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET



Nyhet! Spindeldiagram med flera indikatorer!



www.palliativregistret.se

Dopp från bryggan & dans utomhus

Med rätt förutsättningar går det mesta lika bra att göra ute som inne. Här är lite inspiration.

Bad & fiske

Äldreboendet och dagverksamheten Nynäsgården utanför Västervik har förmånen att ligga vid en sjö – och har en egen badbrygga. Sommartid nyttjas bryggan till både fiske och bad. Sedan ifjol har de även en flyttbar bassänglift, efter ett initiativ från personalen, och därpå finansierad av kommunen. För ökad stabilitet är ett större håll borrat i bryggan. De äldre som så önskar kan sedan sänkas med lift och sele för ett dopp i sjön Hjorten. På bilden områdesassistent Elisabeth Koinberg.

Foto: Caroline Petersson



Gå ut och dansa

Många saker går lika bra att göra ute som inne: Dricka kaffe, inta måltider, träna, umgås, tänka, prata i telefon... och dansa! Dans kan bland annat anordnas på ute- eller takterrasser, inne i växthus eller i en närliggande park. Allt som behövs är bra ljud på musiken och stadiga sittmöbler för medverkande sitt-dansare.



Tänk på att...

... rehabiliteringslokaler bör placeras i Zon 1 – alltså i lokaler med fönster.
... ståträning eller manuped-cykling (arm- och bencykling, sittande eller i rullstol) gärna kan utföras vid ett fönster med utsikt – på en terrass, balkong eller i ett växthus.
... sittande och stående balansträning/postural kontrollträning samt rörlighetsträning kan ske på en terrass, balkong eller i växthus.
... dörrar inomhus helst ska vara elektriska och så breda att en säng kan passera.
... återhämtning är fint att få göra på en terrass eller i ett växthus.

Illustration: Stock.adobe.com

Är vi de vilda?

I den nya boken "Vrida världen: de levande" (Volante, 2025) undersöker filosofen Jonna Bornemark via teoretiska resonemang och praktiska exempel människans relation till andra djur. Bland annat beskriver hon hur hon simmar med mörtar och interagerar med sin häst. Syftet med projektet "Vrida världen" (ytterligare tre böcker är planerade) är att "undersöka hur vi kan skapa en annan kunskap och röra oss bortom etablerade kategorier".



Fängslande fakta

Mjölkkor har en lagstadgad rätt till utevistelse om 6 timmars utevistelse/dag från 1 maj till 1 okt.
Interner i svenska fångelser har en lagstadgad rätt till utevistelse om minst 1 timme/dag.
För personer som vårdas under längre tid på sjukhus eller bor på äldreboende finns ingen sådan lagstadgad rätt.

Källa: "Vård, omsorg och rehabilitering utomhus – teori, praktik och nya perspektiv" (Studentlitteratur, 2022)



Foto: Stock.adobe.com

Utomhus finns en större variation av sinnes-
upplevelser och möjlighet till hälsofrämjande
"fascination" – vind, värme, kyla, prassel, doften
av nyklippt gräs, en varm sten...

Foto: Lena Granefelt

Mattias Tranberg om sin unika roll:

”Självklart behövs det fler psykologer”

Mattias Tranberg på Ystads sjukhus fyller sin plats. Han är – hittills – den enda psykologen inom specialiserad palliativ vård i Sverige. Nu bygger han nätverk och är övertygad om att han snart har kollegor runt om i landet.



"Egentligen behöver alla inom vården – från läkare till receptionist – samtalsutbildning", säger Mattias Tranberg. Konstverket bakom honom är en relief i brons av Bengt Ossler

DET ÄR TORSDAG morgon på Palliativ vård och ASIH-Ystad. Solen har precis brutit igenom morgondiset och längs vägen genom staden, upp till sjukhuset, står två Ystadsbor vid en husvägg med ansiktena vända mot ljuset.

Mattias Tranberg har mötesdag med kollegorna på Palliativa avdelningen och ASIH, med bas på Ystads sjukhus. Under eller efter teamronden delar han och kollegan, kurator Stina Sundholm, upp arbetet mellan sig.

– Ofta beror det på situationen. Om exempelvis Stina redan har en relation med patienten så erbjuder jag stöd till den närstående. Andra gånger är det tvärtom. Eller så kommer jag in och gör en riktad insats. Vi för en ständig och öppen diskussion; det är nyckeln till att det går så bra.

Patienterna har hittills varit odelat positiva till att de kommer två, hävdar han.

– Oftast vet ju patienterna det i förväg, och ser det som en förmån att det kommer personal med våra kompetenser.

DET ÄR INTE ovanligt att det är första gången i livet en döende patient är i kontakt med en psykolog. Mattias Tranberg är medvetet avväpnande:

– Jag brukar inleda med att säga att jag inte är den typen av psykolog som arbetar med människor med psykisk sjukdom, utan en psykolog som arbetar med patienter med somatisk sjukdom – och deras utmaningar med att hantera livet. Det avstigmatiserar. Ofta blir samtalet som följer som att vrida på en kran.

Med några få undantag har det av tradition främst varit kuratorer som ansvarat för stödjande samtal inom palliativ vård. Så vad kan en psykolog tillföra?

Mattias Tranberg räknar upp: Terapeutisk behandling av oro och ångest. Bearbetning av ouppklarad sorg, skuld eller skam som i livets slut tränger sig på och orsakar lidande. Behov av att på ett djupare plan finna mening i det faktum att livet snart är över.

I teamet kan hans psykologiska perspektiv summeras i frågor som: Vad är problemet? Och för vem? Finns det flera olika sätt att lösa problemet på?

– Det kan exempelvis vara en patient som inte vill ta ångestdämpande eller

smärtstillande. Stående frågor från mig på teamronden kan då vara: Har ni frågat patienten om varför? För vem är det ett problem? Och: finns det något annat vi kan göra för att minska lidandet?

– Läkemedel är ofta ett givet första handsval vid ångest. Men ur mitt psykologiska perspektiv kan ångest och oro förstärkas av exempelvis en tidigare ouppklarad sorg i livet. Då kan en psykologisk behandling enligt en given modell hjälpa. Annars är det inte ovanligt att patienter som har haft ångest tidigare i livet redan har strategier för att hantera det. Då kan det räcka med att samtala om och understödja dem.

”Ofta blir samtalen som att vrida på en kran

Och så hämtar Mattias Tranberg en stödjande, och mycket handfast metod – en liten gul gummigubbe. Genom att greppa de små händerna i sina kan patienten få stöd i att lugna andningen genom att dra ut gubbens händer (andas in), hålla – och släppa in händerna (andas ut). I ”kittet” ingår även ett häfte med avslappningsövningar, som Mattias Tranberg har sammanställt.

Som behandlande psykolog i livets slutskede kan han också arbeta med

beteendeaktivering för att uppmuntra patienter att göra viktiga aktiviteter. Eller att hejda den omedelbara tanken: ”Jag tror inte att det här blir en bra dag” till att analysera och omformulera den: ”Det är bara en tanke. Jag har inte valt den. Jag kan välja om jag vill tro på den.”

SOMENDEL av en studie har Mattias Tranberg också terapi med en grupp män och kvinnor, tillsammans med en kurator. Några av patienterna har långt framskriden cancer, några cancer med dålig prognos. Målet är att via en strukturerad terapeutisk intervention stödja medlemmarna att finna mening i sin situation.

Metoden är hämtad från den existentiellt inriktade Meaning-Centered Psychotherapy (MCP), som lyfter vikten av meningsskapande och självomhändertagande. Mattias Tranberg har utbildat sig i metoden i New York.

– Det handlar dels om att se sig själv som en del av en större berättelse: vem jag är, hur jag levtt, hur jag mött motgångar tidigare i livet och vad jag vill ge vidare till mina nära. Dels undersöker gruppen olika förhållningssätt – via exempelvis kreativitet – för att ta reda på vad som ger varje enskild person mening nu. Gruppen möts också kring den utmanande frågan: Vad är en meningsfull död för dig?

– De flesta tycker att det är tufft, men värt det. Som en patient sa: ”Sådana här samtal skulle alla människor behöva ta tag i mycket tidigare i livet,

Mattias Tranberg om...

... skillnaden på oro och ångest: ”Tyvärr klumpas ofta oro och ångest ihop till ett slags grå massa, kanske för att det är så det uttrycks i IPOS. Där tycker jag att vi inom palliativ vård borde bli bättre. Vi behöver sortera och nansera mellan rädsla, ensamhet, sorg och oro/ångest. Det är olika symtom, och att behandla dem farmakologiskt på samma sätt blir en väldigt trubbig lösning.”

... vilka som behöver samtalsutbildning: ”Egentligen alla inom vården – från läkare till receptionist – och helst kontinuerligt. I realiteten har många inte fått någon samtalsutbildning alls. Även om personal inom vården har både stor medkänsla och kompetens lämnas de utan verktyg.”

... handledning av teamet: ”Vi kör en gång i månaden med en grupp blandade professioner om 4–6 personer. Mycket handlar om hur speciella patientfall berör och hur man som personal kan hantera de psykiska påfrestningar det innebär att jobba här.”

... vanliga reaktioner på att han är psykolog: ”Analyserar du mig nu?” ”Jag har ingen diagnos!”



Lilla hjälpen. Den gula gummipersonen ingår i ett avslappningskit.

men de flesta gör det först när det finns ett tydligt slutdatum.”

PROJEKTET ÄREN del av en studie som Mattias Tranberg gör i sin roll som forskare. Hans ambition är att inom kort skapa en utbildning i metoden för intresserade inom svensk palliativ vård, som i sin tur kan använda metoden under handledning.

– Det blir allt vanligare att vårdpersonal via handledning och strukturera behandlingsmetoder kan utföra en viss typ av enklare terapeutiska behandlingar, så kallat task-sharing. Jag tror att det kan fungera även i Sverige – och att det är nödvändigt. Om vi ska invänta att alla som genomför den typen av interventioner inom palliativ vård har en Steg 1-utbildning blir det väldigt begränsande.

Mattias Tranberg är uppvuxen i Lund. Pappa var kirurg, mamma SFI-lärare, Mattias yngst av fyra. Som 19-åring lämnade han Sverige för Japan och några år som IT-entreprenör och arrangör av rejvfester. Tillbaka i Sverige läste han in gymnasiet, och sökte till psykologprogrammet. Där behandlades många svåra ämnen och krissituationer – men aldrig döden:

– Vi blivande psykologer fick vara med om en hjärndissektion, en liksvepning och kremering, men vi pratade aldrig om livets slut eller om dödsångest.

Varför? Mattias Tranberg svarar med ett snett leende:

– Alltså, det är jobbigt, ju. Jättejobbigt.

UNDER STUDIETIDEN JOBBADE han som personlig assistent i hemmet åt en man med hjärntumör.

– Det var då jag insåg: Det finns inga psykologer inom palliativ vård. Vilket kändes lite snopet – det var ju där jag ville jobba.

I stället började han att knacka på. Första dörren som öppnades var till Palliativt utvecklingscentrum vid Lunds universitet, där Carl Johan Fürst och Birgit Rasmussen tog emot honom att göra sitt examensarbete. Sedan fick han fortsätta att göra sin PTP genom att doktorera på halvtid och arbeta kliniskt på onkologens samtalsmottagning.

SJU ÅR SENARE ringde han upp den nyutnämnda chefen för specialiserad palliativ vård i Region Skåne som förvånat utbrast: ”Va?! Finns det inga psykologer inom palliativ vård?”

Så fick han tjänsten i Ystad, till en

Mattias Tranberg

Namn: Mattias Tranberg

Gör: Psykolog, forskare och utbildare.

Ålder: 47 år.

Bor: Höör.

Familj: Fru, fyra barn och två barnbarn.

Forskning: Bl a om sena brytpunktsamtal, djupintervjuer med läkare om att ge svåra besked samt upplevelsen av att vara anhörig till en cancersjuk person.

I pipeline: Att kartlägga behoven av psykologisk kompetens inom specialiserad palliativ vård utifrån patienters, närståendes och personalens perspektiv.

början som ett projekt på 20 procent. I dag är det en fast tjänst på 30 procent. Övrig tid är han forskare vid Palliativt Utvecklingscentrum i Lund.

– Rent intuitivt tycker man väl att det borde finnas psykologer inom palliativ vård. Det gör det i de flesta andra utvecklade länder: Danmark, Norge, Finland, Storbritannien, Italien... även i Albanien och flera östeuropeiska länder.

Kanske är den visionen inte fullt lika långt borta. När vi ses har precis en

psykolog anmält sig för att få auskultera hos Mattias Tranberg i Ystad. Efter en intervju i Psykologtidningen har också kollegor runt om i Sverige hört av sig. Ett nätverk för psykologer inom palliativ vård är på väg att bildas; första träffen sker nu i maj.

– Flera är erfarna psykologer som menar att det är ett spännande område att komma in i. Jag är övertygad om att det finns ett större intresse och att fler vill vara med när de får veta att nätverket finns.

Som forskare har Mattias Tranberg fokuserat på kommunikation vid allvarlig sjukdom och ur olika perspektiv – patienter, vårdgivare och närstående.

NYA MEDICINSKA FRAMSTEG och forskning bara en googling bort ställer nya krav, inte minst på läkare. Kommunikation kring svåra besked behöver göras tidigare, och mer kontinuerligt. För att samtalet ska vara av god kvalitet för

patienten bör det vara relationellt – det vill säga bygga på en mer ömsesidig, respektfull och empatisk relation, menar Mattias Tranberg.

– De långa timmarerna, de svåra besluten... om vårdgivare inte också får meningsfull kontakt med sina patienter kan det vara svårt att orka. För den som däremot får kontakt, ger det en känsla av mening – som i sin tur ger energi.

Så hur hanterar han själv extra tunga arbetsdagar?

– Jag lägger mycket tid på själv-omhändertagande. Som att hugga ved, träna, meditera eller göra compassion-övningar. Men jag kan också bara

behöva titta på en Netflix-serie. Eller spela spel med mina barn.

Anna Kågström



Korridorsnack. Emma Nilsson, sjuksköterskeelev, och Jonna Lönnborn, specialistsjuksköterska, i kort möte med Mattias Tranberg.



10:e Nationella konferensen i palliativ vård

Palliativ vård – nya perspektiv

Plats: Stockholm Waterfront Congress Centre

Datum: 18–19 november 2025

Välkommen med din anmälan!



MARTIN, 38 ÅR

TEXT: REDAKTIONEN

En önskan från den svårt sjuke patienten om mer självständighet delar teamet. Ska han verkligen få koppla dropp själv?

MA**M**ARTIN ÄR 38 år och jobbar som egenföretagare inom VVS. Han har tre tonårsbarn från ett tidigare förhållande, men sedan tio år bor de enbart med honom.

Martin har flera syskon och god kontakt med alla i familjen. Hans föräldrar ställer ofta upp och skjutsar barnbarnen till träningar och matcher.

Något år efter uppbrottet från barnens mamma insjuknade Martin i koloncancer. Han genomgick en kurativ operation och cellgifter. För fyra år sedan kom sjukdomen tillbaka och Martin påbörjade palliativ cytostatika.

MARTIN HAR SVARAT bra på behandlingen, och canceren har kunnat hållas relativt stabil. Han har knappt varit sjukskrivnen under alla dessa år.

Nu har dock canceren börjat att progrediera. Martin har precis fått byta cellgifter och hans onkolog har signalerat att detta är det sista behandlingsalternativet; möjligheten till svar är mycket liten. Martin återberättar själv onkologens ord, men säger samtidigt att "det här ska jag klara".

En måndag morgon får Martin buksmärta. Han börjar kräkas och måste söka kirurgakuten. DT visar ileusbild och antydd progress av hans cancersjukdom. Martin blir kvar på sjukhuset en vecka.

Läkare och sjuksköterska från ASIH träffar Martin på kirurgavdelningen för bedömning om anslutning. Martin är skojfrisk trots sin svåra situation.

Beslut tas att ansluta Martin till ASIH-teamet för hjälp med symptom-

lindring samt dagligt nutritionsdropp. Martin fortsätter att kräkas, men han tackar nej till ventrikelsond. Den onkologiska behandlingen fortsätter.

I OCH MED att Martin har ensam vårdnad om tre barn tas frågan om kurator upp. Martin hävdar att han och barnen talar öppet med varandra, och att de vet att han kommer att dö.

Martin förstår att han behöver näringsdropp, men vill inte ha okända människor springandes i villan. Han vill inte heller att hans barn ska få se ASIH:s personal alltför mycket "det blir för mycket sjukdom och sjukhus över det hela". Dessutom planerar han att åka till Danmark på husbilssemester med barnen, och då måste han kunna sköta droppet själv.

Han förstår inte varför han inte kan få sätta droppen, och fortsätter att ta upp frågan vid varje sjuksköterskebesök. Varje gång droppet sätts tittar han intresserat på, och ställer många frågor.

INOM ARBETSLAGET FINNS olika åsikter om vad Martin ska få göra och inte.

Några i teamet uttrycker farhågor kring kvaliteten på vårdhygien och Martins praktiska förmåga, medan andra inte ser detta som ett problem. Om Martin vill ansvara för sin egen vård måste han väl få det?

Andra väger in barnen och deras situation – vad vet de, egentligen? Martin verkar ju själv leva i viss förnekelse? Att reducera hembesöken skulle ju också minska möjligheten att få interagera med tonårsbarnen utifrån ett palliativt förhållningssätt?

Efter teamdiskussion fattar läkare, i samråd med teamet, ett beslut: Martin får koppla bort dropp själv. På så vis får han ett besök mindre per dag. Droppen ska däremot fortsatt sättas av sjuksköterskorna.

En vecka senare visar det sig att Martin – trots allt – själv har fått börja blanda och koppla på dropp, under överinseende av sjuksköterska.

En del i teamet tycker att det är rätt, då det är enligt Martins vilja. Andra vidhåller motsatsen, men upplever att det är för sent att backa bandet.

Några frågor att fundera över:

- Hur anser du att teamet bemöter Martins behov av självständighet?
- Hur motiverar vi inom teamet de gränser vi drar?
- Hur kommer vi till beslut? Vem/vilka tar beslutet? Och vem/vilka har ansvaret i fråga som patienten själv säger sig vilja ta fullt ansvar för?
- Det finns en oro i arbetslaget om vad barnen egentligen vet, men Martin vill inte att ASIH närmar sig barnen. Hur hanterar ni sådant i ert team? Är den aspekten relevant i just denna fråga, som handlar om Martins behov av självständighet?

Existentiell hälsa:

”Vi måste hitta ett gemensamt språk”

Hur mäter och fångar vi existentiell hälsa? Folkhälsomyndigheten har gjort ett försök. Prästen Camilla Winberg Österberg läser slutrapporten och pekar ut en möjlig fortsättning.

JAG KOMMER IHÅG hur glad jag blev när boken ”Det omätbaras renässans” av Jonna Bornemark (Volante, 2018), kom ut. Hur den satte ord på den erfarenhet jag upplevde som sjukhuspräst!

I boken adresserar författaren en ”övertro till kalkylerande metoder och rationaliteter som sträcks ut till livets alla områden” (s 9, Bornemark). Genom att studera hur tidigare filosofer funderat kring detta med mätbarhet, belyser Bornemark hur det hänger ihop med vår övertygelse om att allt i vår tillvaro går att nå kunskap om – en övertygelse som förändrar vår förståelse för det levande.

Problematiken förstärks av en ”pedantisk byråkrati som förlorar sig i en värld av regelbundenhet och generalitet, och som tappar förmågan att relatera till unika och konkreta situationer och individer” (s 13).

ÖVERSATT TILL ETT begripligt språk handlar det om sådant som vi upplever och erfar i livet utan att kunna sätta fingret på. Som till exempel när en undersköterska, med sin erfarenhet, kan uppleva en patients beteende och symtom och instinktivt veta att denne kommer att dö inom tre dagar, och omätta den insikten i relevant omvårdnad.

Det är just den typen av tyst, ordlös kommunikation – som får patienten att uppleva sig omhändertagen, sedd och

lyssnad på – som kan definieras som ett uttryck för existentiell hälsa. Alltså det som kan uppstå när tajmingen är rätt och sammanfaller i en särskild slags öppenhet hos patient/närstående och vårdpersonal.

HUR MÄTER OCH fångar vi det här?

Alltså det som vi som arbetar inom vården upplever på olika sätt och beskriver med olika uttryck. Och hur ska existentiell hälsa definieras?

Folkhälsomyndigheten gjorde, som bekant, nyligen ett försök på uppdrag av regeringen. Slutrapporten kom nu i mars. Efter flera års arbete finner myndigheten ingen entydig definition av ”existentiell hälsa”, men återkommande beskrivningar är att:

- uppleva mening i livet
- vara i relation till sig själv, andra och naturen
- känna sammanhang och trygghet
- att uppfatta sig vara del av något större

ALLT DETTA ÄR centrala existentiella perspektiv. Rörelsen mellan punkterna lidande och hälsa skiljer sig från individ till individ, men har med hälsa och välbefinnande att göra.

I svensk och nordisk kontext används generellt ”existentiell hälsa”. I ett internationellt perspektiv används snarare ordet ”spiritual”, en andlig di-

mension av hälsa. Detta bottnar också i den djupare synen på hälsa som inte längre innebär frånvaro av sjukdom utan handlar om livskvalitet, oavsett sjukdom.

Internationellt, där andlighet spelar en större roll, har man inom WHO arbetat med livskvalitet utifrån frågor om spiritualitet, religion och personlig tro (Spirituality, Religion and Personal Belief). Det har resulterat i instrumentet WHOQOL-SRPB där åtta existentiella aspekter identifierats. Dessa åtta aspekter är:

- Existentiell/andlig kontakt
- Mening och syfte med/i livet
- Upplevelse av förundran
- Helhet och integration
- Existentiell/andlig styrka
- Harmoni och inre frid
- Hoppfullhet och optimism
- Tro som resurs

Eftersom detta är begrepp som har med den individuella upplevelsen att göra – samt att vi lever i ett sekulariserat land – har det varit svårt att integrera dessa områden i Folkhälso-myndighetens arbete.

Kritik mot Folkhälsomyndighetens kartläggning av ”existentiell hälsa” har inte låtit vänta på sig. Ett argument är att den existentiella definitionen riskerar att medikalisera generella livsproblem och variationer i människors levnadssätt.

Det skulle i sin tur riskera att sudda

ut gränsen mellan livsproblem och det som man i dag definierar som psykisk ohälsa. Dessa kritiker föredrar därför "spiritual", där den andliga dimensionen framkommer på ett tydligare sätt.

Andra menar tvärtom att andliga värden är "för flummiga" och saknar empirisk grund. Det är en god illustration av det som Jonna Bornemark menar är en typ av mätbarhetsvurm, och som följer på en ekonomisk terminologi.

Därtill finns en materialistisk syn inom fältet medicin, som gärna mäter symtomlindring utifrån medicinska aspekter och inte utifrån varför eller hur en person upplever en förbättring eller försämring av livskvalitet.

INOM PALLIATIV VÅRD har vi redan en god grund – här finns livskvalitet som en självklar dimension. Här finns också hjälpsamma mätinstrument, som den svenska motsvarigheten till "hearth heart"-index – hopp-skalan. Hoppet tolkas individuellt, men kan likväl mätas och förstås på en skala, också utifrån ett pendlande mående och uttryck som "jag kan ge och ta emot ömhet/kärlek", "jag tror att varje dag har något att ge", eller "jag känner att mitt liv har ett värde".

Det är egentligen inte konstigare än att gradera någons illamående. För att få veta mer om en persons existentiella hälsa kan man, enligt min erfarenhet, exempelvis fråga: "Vad hjälper dig när

du har det svårt?" Eller: "Vad är du mest rädd för just nu?" Då kan både tro och intressen som ger mening komma fram.

SOM PRÄST OCH självvårdare till yrket tänker jag att det som skapar mervärde i en människas liv är existentiell hälsa. Och att det inom vården kan innebära just den tysta, empiriska kunskap som finns i omvårdnadskunskapen. Som i värmen i ögonen hos en vårdpersonal: "Jag kan sitta hos dig i 10 min, för att jag är uppriktigt nyfiken på vad du är upptagen av just nu."

Liksom att i en klinisk vårdmiljö erbjuda kultur eller levande växter, som skapar perspektiv. Det kan också innebära att det i vissa vårdmiljöer finns så kallade Rum för stillhet, ett rum för att tänka, bara vara, reflektera eller be. Ett sådant rum kan vara oändligt värdefullt för både patienter (mellan provtagningar och annat), närstående och personal som behöver sortera i det inre kaos som lidande skapar.

Jag tänker också att vår uppgift som personal måste vara att träna oss i att lyssna, att utstråla att vi är öppna och mottagliga. Det syns ju på våra kroppar, oavsett vad vi säger! Hur kan vi träna oss i att skapa kontakt? Hur kan vi få stöd i att gå in och ur rum, för att sortera i oss själva, innan vi möter ytterligare en patient?

Vi behöver även uppvärdera omvård-

Källor:

Folkhälsomyndigheten:
Kartläggning av definitioner och förståelse av existentiell hälsa i folkhälsopolitiken



Kartläggning av aktörer med koppling till existentiell hälsa



Existentiell hälsa och folkhälsa: Delredovisning av regeringsuppdrag-begrepp, aktörer och mätmetoder



Existentiell hälsa och folkhälsa: Slutredovisning-förslag för fortsatt arbete



Jonna Bornemark, "Det omätbara renässans" (Volante, 2018)



nadskunskapen. Liksom att träna oss i maktlöshet – och att dela maktlöshet.

Jag hoppas därför att Folkhälsomyndigheten i sitt fortsatta arbete kring existentiell hälsa ska ta tillvara på den rika floran av erfarenheter som finns inom olika professioner i vården.

Jag tänker också att både utredare inom Folkhälsomyndigheten och vi ute på fältet aktivt behöver söka ett gemensamt språk för det omätbara för att kunna tala om måendet med bredare penslar.

Kanske ska det språket som behövs, liksom nya mätmetoder, snarare hämtas från kulturvärlden och konstnärlig forskning än från den medicinska sfären?



Camilla Winberg Österberg

Präst vid Sjukhuskyrkan, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, samt ledamot i SKAIS (Svenska kyrkans anställda i Sjukhuskyrkan)

CRONO SC

Pålitlig och exakt subkutan smärtbehandling

Infusionspump med precision och komfort för palliativ vård

Hög precision

Trygg och tillförlitlig läkemedelsadministrering

Kompakt design

Diskret och lätt att bära

Användarvänlig

Enkel inställning och pålitlig drift



Kontakta OrphaCare för mer information och support

Per-Åke Niska | Head of OrphaCare Scandinavia
per-ake.niska@orphacare.com | 073-300 00 93

Selma Hjert | Support Specialist & leg. sjuksköterska
selma.hjert.ext@orphacare.com | 076- 246 48 46

För mer information om Crono SC och andra produkter, se canespa.it/se/index-se.html

OrphaCare GmbH | office@orphacare.com | www.orphacare.com
Leopold-Ungar-Platz 2/1/132 | 1190 Wien, Österrike

OrphaCare

FOCUS ON PERSONALISED MEDICINE

Rapport från Palliativregistret

Ny forskning och nya grepp – Palliativregistret hittar ständigt nya sätt att kvalitetssäkra vården. Registerhållare Maria Andersson beskriver hur.

Bortfall och IVA

Vi har påbörjat två nya projekt i registret – en bortfallsanalys och ett projekt om intensivvård.

I bortfallsanalysen vill vi studera vilka dödsfall som inte hamnar i registret, vilka åldrar, diagnoser och från vilka geografiska områden dödsfall faller bort. Det gör vi för att kunna öka täckningsgraden.

I nästa steg vill vi också undersöka hur vårdkvaliteten är i livets slutskede för de patienter som inte registreras i registret. På det viset kan vi också veta om slutsatser kring vårdkvalitet från registret är applicerbara på hela befolkningen.

Arbetet sker med hjälp av Socialstyrelsens Registerservice, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Palliativ vård på IVA

Hur ser vården i livets slutskede ut på intensivvårdsavdelningar? Är det möjligt att bedriva palliativ vård på IVA? I detta projekt gör vi intervjuer, journalgranskning och samkörning mellan Svenskt Intensivvårdsregister och Svenska palliativregistret.

Karta över kompetensen

Hösten 2024 skickade vi ut en enhetsenkät till specialiserade palliativa enheter i landet. Detta projekt gör vi i samarbete med NRPV.

Syftet är att ta fram en bild av den palliativa kompetens som finns på våra enheter, samt stimulera enheter att

tydliggöra och förbättra sina rutiner kring vård i livets slutskede. Vi sammanställer nu resultatet och återkommer längre fram kring detta.

Annat nytt: Utdataportalen

Nu kan ni under "Urval" göra urval på vårdtid. Skiljer sig vårdkvaliteten om det är korta vårdtider jämfört med långa? Spännande!

Ni kan även under "Gruppera på" välja att visa resultat årsvis. Vissa parametrar har vi följt under lång tid. Då blir det tydligare om det har skett någon förändring över tid om ni väljer "År" i stället för "Månad".

Vi har också uppdaterat portalens utseende när ni ska registrera dödsfallsenkäter.

En ny rubrik, "Uppgifter", finns vid varje patient när ni gjort en "Ny anmälan". Här klickar ni på de uppgifter som ni har tänkt att göra – att svara på dödsfallsenkäten, registrera närstående-brev eller besvara extra frågor.

Extra frågor

Ni har säkert märkt att det dykt upp lite extra frågor när ni ska registrera dödsfallsenkäten.

En av dem är "Kvartalets fråga". Denna fråga finns i tre månader och är frivillig att besvara.

Den aktuella frågan vänder sig till samtliga enheter och handlar om antibiotikaanvändning sista veckan i livet. Nästa kvartal kommer det en ny fråga.



Maria Andersson.

Två studier på g

Det är även möjligt för forskare att använda registret för datainsamling. Detta innebär att om din enhet har godkänt att delta i en forskningsstudie så ska ni besvara några extra frågor.

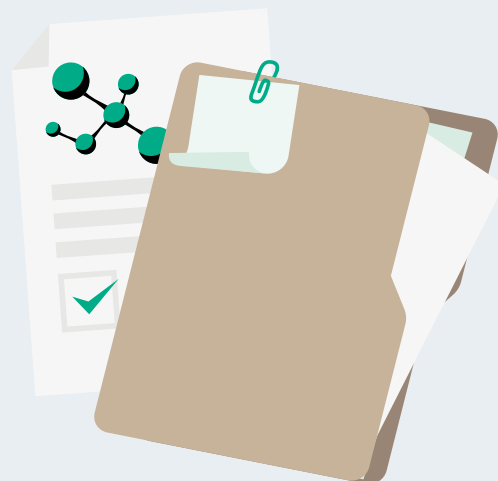
I dagsläget är det två forskningsstudier som pågår. "Symtomgivande ascites hos cancerpatienter i livets slut" och "Symtom och behandlingar i livets slutskede för patienter med hematologisk malignitet".

Arbetar du i Skånes län har du även fått extra frågor. De handlar om vårdförloppets införande och är frivilligt att besvara.

Maria Andersson

Friare från syrgas – nya rön kan ändra behandling

En ny studie, gjord i Sverige, pekar mot att patienter med kronisk hypoxi kan få ökad autonomi. I studien beläggs att 15 timmar med syrgasbehandling är lika säkert och effektivt som 24 timmar.



ANDNÖD ÄR NÅGOT som patienter ofta beskriver som ett av de jobbigaste symptomen och som påtagligt sänker livskvaliteten. Patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och lungfibros har ofta en kronisk andnöd och även hypoxi. Hypoxi, eller syrgasbrist, definieras som ett medicinskt tillstånd där kroppens vävnader får för lite syre.

I dag får ofta patienter med uttalad hypoxi behandling med syrgas 24 timmar om dygnet. Behandling med syrgas dygnet runt kan dock påtagligt minska patienternas livskvalitet, då det påverkar deras autonomi negativt samt begränsar deras förmåga att göra saker, till exempel möjlighet till socialt umgänge och hur mycket de kan vara utomhus.

Många beskriver också att de kan känna skam över att vara beroende av syrgas och att det på olika sätt är stigmatiserande med syrgasbehandlingen.

SYFTET MED REDOX-STUDIEN

(Registry-Based Treatment Duration and Mortality in Long-Term Oxygen Therapy) var att undersöka om 15 timmar syrgasbehandling var lika effektivt och säkert som att ha syrgas 24 timmar per dygn hos patienter med hypoxi [1].

Studien är gjord på olika vårdinrättningar i Sverige där man rekryterade patienter med uttalad hypoxi via det svenska kvalitetsregistret Swedevox (Andningssviktregistret). I studien, som pågick under fyra år (2018–2022) definierades hypoxi som syrgasmättnad (mätt med pulsoximeter) vid mindre än 88 % i vila när patienterna andades vanlig luft.

Studien var en så kallad randomise-

rad studie; man lottade alltså deltagarna på ett slumpmässigt sätt till antingen syrgasbehandling under 15 eller 24 timmar per dag. Bakgrunden till studien var att man i tidigare observationella studier (icke-randomiserade) hade sett att syrgasbehandling i minst 15 timmar per dag förlänger överlevnaden hos patienter med svår hypoxi [2, 3]. Man visste dock inte om det var bättre att ha syrgas dygnet runt.

I REDOX-studien följde man sedan patienterna under ett års tid och registrerade tid till död (oavsett dödsorsak) och tid till behov av sjukhusvård.

Man samlade även in data på bland annat självskattad trötthet (fatigue mättes med FACIT skalan), allmänt välbefinnande (mätt med EQ-5D enkäten) och obehag pga andnöd (mätt med MDPA1-skalan).

SAMMANLAGT 241 PATIENTER inkluderades, varav 117 lottades till 24 timmar syrgasbehandling och 124 till 15 timmar syrgasbehandling. Det innebar att de som fick 15 timmar syrgasbehandling hade 9 timmar per dag då de inte behövde använda syrgasen. De allra flesta som ingick i studien hade KOL (71 %) eller lungfibros (14 %) och övriga hade andra tillstånd som lett till kronisk hypoxi.

Medelåldern var 76 år och 59 % var kvinnor. De båda grupperna var jämförbara vid studiens början avseende ålder, kön, diagnoser, grad av andningssvikt och behov av syrgas.

Flödet på syrgasen (l/min) anpassades till varje enskild individ där behandlingsmålet var att de skulle få en syrgasmättnad (mätt med pulsoximeter) på mer än 90 %. I bägge grupperna blev behandlingen med syrgas

i snitt densamma, medel 1,7 L/min jämfört med 1,8 L/min.

Risken att dö under uppföljningsåret var samma i bägge grupperna och även tid till död. Likaså var risken för sjukhusvård och tid till första behovet av sjukhusvård samma i bägge grupperna.

DET FANNS HELLER inga säkerställda skillnader i upplevd trötthet, upplevt välbefinnande eller upplevd andnöd mellan grupperna. Således var 15 timmar och 24 timmar syrgasbehandling lika effektivt. Studien blev publicerad hösten 2024 i en av de mest ansedda medicinska tidskrifterna, New England Journal of Medicine.

Styrkan med studien är att den är relativt stor (241 patienter) och randomiserad, vilket gör att resultaten blir mycket tillförlitliga. Den omfattar också patienter med olika diagnoser vilket gör att det blir lättare att generalisera resultaten till många andra patientgrupper med hypoxi.

Att studien är gjord på svenska patienter gör också att resultaten blir extra tillförlitliga för svenska förhållanden.

EN SVAGHET MED studien är att vi inte vet hur överlevnaden och sjukdomsbördan påverkades på sikt, det vill säga efter ett års uppföljning. Även kravet på att rapportera in biverkningar av behandlingen var begränsat. Studieprotokollet fick också justeras något under studiens gång, då det var svårt med rekryteringen av patienter.

Detta var en så kallad "non-inferiority studie" – den var alltså designad för att i första hand se om det inte fanns någon skillnad mellan grupperna vad gäller livskvalitet. Det gjordes

heller inga kvalitativa intervjuer med patienterna för att ta reda på mer om deras upplevelse av att ha eller inte ha syrgas. Enligt resultatet såg man inga stora effekter på livskvaliteten mellan grupperna.

Sammanfattningsvis visar studien att det var lika säkert och effektivt oavsett om man behandlades med syrgas 15 eller 24 timmar per dygn. Resultaten visar alltså att det inte finns någon tydlig nackdel att vara utan syrgas under 9 timmar per dygn när man lider av hypoxi, och att det inte förkortar livet eller leder till ökad symtombörda.

Detta är viktig information som sannolikt kan göra att riktlinjer för syrgasbehandling kan komma att ändras i framtiden.

Linda Björkhem-Bergman

Professor/Överläkare i Palliativ medicin vid Karolinska Institutet och Stockholms Sjukhem.

Referat av artikeln:

”Long-Term Oxygen Therapy for 24 or 15 Hours per Day in Severe Hypoxemia” av Ekström M, Andersson A, Papadopoulos S, Kipper T, Pedersen B, Kricka O, Sobrino P, Runold M, Palm A, Blomberg A, Hamed R, Lindberg E, Sundberg B, Hadziosmanovic N, Björklund F, Janson C, McDonald CF, Currow DC, Sundh J; REDOX Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2024;391(11):977-988.

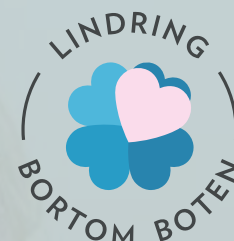
Referenser

1. Ekstrom M, Andersson A, Papadopoulos S, Kipper T, Pedersen B, Kricka O, et al. Long-Term Oxygen Therapy for 24 or 15 Hours per Day in Severe Hypoxemia. N Engl J Med. 2024;391(11):977-88.
2. Anthonisen NR. Prognosis in chronic obstructive pulmonary disease: results from multicenter clinical trials. Am Rev Respir Dis. 1989;140(3 Pt 2):S95-9.
3. Hardinge M, Annandale J, Bourne S, Cooper B, Evans A, Freeman D, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax. 2015;70 Suppl 1:i1-43.

Certifieringsprogram i palliativ vård Kunskapshöjning & kvalitetssäkring för din enhet

Nu lanserar Betaniastiftelsen fortsättningen på succésatsningen **Lindring bortom botten**:
5 nya utbildningsmoduler med yrkeskategorier!

När din enhet certifieras får alla medarbetare samma kunskap och verktyg för att på bästa sätt möta patienter med palliativa vårdbehov samt deras närstående.



**Introduktionspris
våren 2025**
395 kr / medarbetare



Läs mer och anmäl dig här!
betaniastiftelsen.nu/certifieringsprogram



Betaniastiftelsen

Sommar-tips - läs, lyssna, titta

Äntligen – snart sommar och semester! Här tipsar sex NRPV:are om sina bästa tips till hängmattan, skogen eller stranden.

LÄS & LYSSNA

1. "Så länge vi lever", Peter Strang (Libris, 2017). En tunn bok som jag läser med jämna mellanrum. Memento mori.
2. För att träna lite på sin engelska (om man tycker det är kul) tipsar jag gärna om:
"GeriPal – A Geriatrics and palliative care podcast"
<https://open.spotify.com/show/5uzc4nlmvTHwRaGSH-KaWFB?si=d1330df5e7544fb6>
... och "Palliative Matters".
<https://open.spotify.com/show/0WJWjdVz7NOpvqkT-9lNdM3?si=a0a6a5b76e3e42f4>
3. Om man är intresserad av forskning rekommenderar jag podden "Sage Palliative Medicine and Chronic Care".
<https://open.spotify.com/show/3m2Zr1Feh3eCRBjgVX-5iIw?si=80a2778b39684f59>
4. Om man vill lyssna på något helt annat, men ändå vårdrelaterat, tipsar jag gärna om podden "Spanarna – Jakten på det hälsosamma samhället" med fokus på life science och hälsa.
<https://open.spotify.com/show/6fX1TnVgXV6ZJ-LS7z5vwpJ?si=136f91e07a084876>



Petra Tegman

programchef palliativ vård och äldreomsorg, Betanistiftelsen

LYSSNA

Radio: "Känsligt Läge", Sveriges Radio P1, med Uje Brandelius från säsongen 2023. Tre av avsnitten ger olika perspektiv på döden. Känsligt och tankvärt.

Lyssna via: SR Play



Charlotta Svalander,

dietist, Förenade Care, Stockholm

LÄS

1. "With the end in mind" av Kathryn Mannix (William Collins, 2022).

Denna fantastiska bok finns tyvärr bara på engelska, men kan varmt rekommenderas. Kathryn Mannix, brittisk läkare och psykoterapeut och är en riktig nestor inom palliativ medicin. Jag träffade författaren på EAPC-mötet i Rotterdam 2023, och läser boken just nu.

I boken delar Kathryn Mannix på ett engagerat sätt med sig av patienthistorier från ett långt yrkesliv inom palliativ vård. Bokens syfte är att lära läsaren mer om döden, men också om livet.



Sofia Dettmann,

överläkare, Palliativa kliniken Västerås, och bitr verksamhetschef Närsjukvård Öst



Möte i Rotterdam: Sofia Dettmann och Kathryn Mannix.

TITTA

1. Suncoast (2024)

Ett amerikanskt drama om en tonårstjej med en äldre bror som är i livets slutskede. Temat är "väntesorg" och filmen skildrar hur det är att växa upp med ett syskon som är i palliativ vård, och samtidigt försöka att vara en helt "normal" tonåring.

Woody Harrelson spelar birollen som en okänd man som helt plötsligt får en mycket viktig roll i flickans liv. Regissören Laura Chinn har även skrivit manus, och utifrån sina personliga erfarenheter.

Se via: Disney+

2. Spoiler alert (2022)

Jim Parson spelar här en allvarlig roll i ett verklighetsbaserat drama om en man som får en obotlig tumörsjukdom.

Filmen handlar dels om att han ska "komma ut" som gay och acceptera detta, dels om att berättas för den person han älskar de inte kan vara ihop längre, då han inte vill åsamka honom lidande.

Se via: SF Anytime, Viaplay, Apple TV

3. Dag för dag (2022)

Svensk dramakomedi med många kända svenska skådespelare. Sven Wollter spelar en man som har en obotlig sjukdom och har bestämt sig att åka till Schweiz för att få dödshjälp. Ett helt gäng hänger med, och där alla har olika tankar och känslor kring målet med resan. Många skratt, men även mycket allvar.

Se via: SF Anytime, Netflix, Apple TV, Viaplay, Youtube

4. Comedy queen (2022)

Svensk film om att sörja i tysthet, som bygger på en bok av Jenny Jägerfeld.

13-åriga Sasha mister sin mamma i suicid men har ingen att dela sorgen med. Särskilt hennes pappa har svårt att prata om det som hänt. Sasha bestämmer sig för att inte ge efter för gråten – och för att bli ståuppkomiker.

Sigrid Johnson, som spelar Sasha, fick en Guldbagge för Bästa kvinnliga huvudroll.

Se via: SVT Play, SF anytime, Viaplay, Apple tv och Disney+



Mikael R Nilsson,

dietist vid regionala konsultteamet i Region Skåne

LÄS

1. "Tranorna flyger söderut" av Lisa Ridzén (Bokförlaget Forum, 2024)

En unik skildring ur den skröplige vårdtagarens eget perspektiv med en hoppfull positiv grundton. Tänkvärt och förtröstansfullt inför en möjlig egen skröplig framtid.

2. "Dödsbädden" av Felicia Feldt (Mormor förlag, 2018).

Sängen i hospicerummet återger samtal som hen överhört i anslutning till att en handfull människor vårdats där under sin sista tid i sängen. Boken ger en realistisk bild av den palliativa vardagen på ett hospice, med exempel på närståendes skilda förhållningssätt.



Bertil Axelsson,

ordf NRPV.

LYSSNA

Mitt kulturtips är ca 13 minuter och lättillgängligt, då det finns på Spotify.

Som medarbetare på Akademiska sjukhuset i Uppsala blev jag ifjol tillfrågad om att spela in ett sommarprat till sjukhusets sommar-podd.

Temat är födsel och död, och likheterna där emellan. Jag har tidigare jobbat som barnmorska, bland annat på förlossningen. Sedan drygt fem år är jag nu sjuksköterska inom specialiserad palliativ vård, och läser för närvarande specialist-sjuksköterske-vubben inom palliativ vård.

Lyssna via: <https://sommarpaakademiska.podbean.com/e/sara-frigell/>



Sara Frigell,

sjuksköterska, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Hallå – hur blir konferensen?

Årets Nationella konferens i Palliativ Vård anordnas i Stockholm 18–19 november. Annika Cederholm, färsk chef för PKC, vet hur.

1. Konferensens tema är "nya perspektiv". Nämn två av dem som man kan ta del av under konferensen!

– Vi har till stor del utgått från färska forskningsresultat, och sedan fyllt på med talare. Exempelvis ska doktoranden Emma Lundberg prata utifrån sin forskning om hur olika kulturella perspektiv och värderingar kan utmana praktiskt i vårdssituationen. Vi har också en session kring AI, bland annat om hur det kan användas inom vårdutbildningar och för att öka fallprevention.

2. Istället för flera olika "spår" har ni i år sessioner för hela teamet?

– Ja, vi tänker att varje session ska ha en bredd som adresserar hela teamet. Exempelvis har vi inget särskild barnblock, utan "tema barn" kommer in i flera sessioner.

– I sessionen "En slang i kroppen", utgår vi från konkreta saker i vårdvar-

dagen. Där undersöks utmaningar med drän och andra "slangar" utifrån olika professioner. I en annan session – och ur ett slags utifrånperspektiv – handlar det om hur civilsamhället bidrar till palliativ vård, och om vilken skillnad det kan göra. Även här utgår vi från ny forskning med föreläsare Dröfn Birgisdóttir.

– Ytterligare en session baseras på forskning av doktorand Tove Stenman om hur sjuksköterskor kan möta patientens sorg genom det dagliga samtalet; det finns det inte så många studier kring hittills. Det ingår i sessionen "Sorg ur olika perspektiv".

– Vi vill även lyfta perspektiv på psykisk ohälsa och sjukdom, liksom goda exempel på palliativ vård och spetskompetens runt om i hela landet. Det pågår så mycket fint arbete ute i verksamheterna, som är viktigt att vi delar med varandra. Vi kommer i år också att ge ännu mer plats för abstract-presentationer, och i två sessioner. Med mera – det finns så mycket att välja på!

3. Och så blir det väl party?

– Självklart, det blir både mingel kvällen

före konferensen och fest på kvällen den andra dagen. Målet med konferensen är ju att bidra till ny kunskap och nätverkande över hela landet – och på olika, bra vis.



Annika Cederholm.

Kom med! – sista anmälningsdag till konferensen är 25 juni.

Årets konferens Nationella konferensen i Palliativ vård

hålls 18–19 nov i Stockholm Waterfront, Stockholm. Arrangörer är Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län, Marie Cederschiöld Högskola, Stockholms Sjukhem samt Nationella Rådet för Palliativ Vård.

De får NRPV:s stipendier

Nu är det klart! NRPV:s stipendier (3 x 10 000 kronor) går till fyra personer med tre olika professioner. Grattis!

Alla de vinnande stipendiaterna har sökt medel för att kunna delta i den Nationella palliativa konferensen i Stockholm, 18–19 november.



Angelica Lenti, hälso- och sjukvårdskurator i specialiserad palliativ vård, Jönköping
Önskan: Delta på konferensen för ökad



Maria Calleberg, fysioterapeut vid rehabiliteringen, Söderhamns kommun

Önskan: Delta på konferensen för att fördjupa sina kunskaper

och därefter kunna bidra till utveckling av teambaserad jämlik palliativ vård i sin hemkommun.

Maria verkar som fysioterapeut i allmän



Kerstin Prins och Marie Litsesjö, undersköterskor i specialiserad palliativ vård, Falun

Önskan: Delta på konferensen för att

fördjupa sina kunskaper ytterligare efter specialistundersköterskeutbildning, med fokus på gränssnittet mellan allmän och specialiserad palliativ vård.

”Stärk kompetensen utanför specialistvården”

Krav på en jämlik palliativ vård och stöd för fysisk aktivitet vid ALS diskuterades när 60 fysioterapeuter samlades i Malmö för konferens.

Den årliga nationella konferensen för fysioterapeuter lockar deltagare från hela Sverige. Arrangerade gjorde som vanligt Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi (en del av Fysioterapeuterna).

– Det ligger såklart mycket jobb bakom, men det är så roligt när det väl drar i gång och vi kan skapa ett forum för kompetensutveckling men också att mötas och dela erfarenheter, säger Anna Gradeen, ordförande i sektionen.

Konferensens första dag ägnades åt cancerrehabilitering. Dag två handlade om palliativ vård med fokus på fysioterapi.

Denna andra dag inleddes av Kaoken Körm Cerenius, fysioterapeut, och Linda Tholén, arbetsterapeut, båda på Neurologen, SUS, Lund. De berättade om sina erfarenheter av att arbeta inom ALS-teamet i Lund.

Kaoken och Linda presenterade bland annat en broschyr som man tagit fram som stöd för att ge patienterna rekommendationer om fysisk aktivitet vid ALS under hela sjukdomsförloppet.

Enligt dem kan de flesta patienterna tidigt i sjukdomsförloppet träna som vanligt. Dock kan man behöva hålla sig på en måttlig ansträngningsnivå. Vid behov kan andningsträning initieras.

Senare i sjukdomsförloppet övergår det till träning vid vardagsaktiviteter, balans mellan aktivitet och vila samt god positionering och passiv rörelseträning.

– Vi kan inte bota, men vi kan göra det mer drägligt på vägen för patienterna, sade Kaoken Körm Cerenius under föreläsningen.

Därefter tog Dröfn Birgisdóttir, fysioterapeut och forskare vid Palliativ utvecklingscentrum i Lund, över och berättade om folkhälsoperspektivet för att bättre stödja personer med livshotande sjukdomar och deras närstående.



Talare på konferensen: Linda Tholén, arbetsterapeut, Dröfn Birgisdóttir, fysioterapeut, och Kaoken Körm Cerenius, fysioterapeut.

– Den palliativa vården i Sverige är ojämlik sett över landet, sade hon under föreläsningen.

Trots ett späckat schema hann deltagarna även mingla och utbyta erfarenheter. Flera deltagare lyfte fysioterapeutens roll inom den allmänna palliativa vården, liksom vikten av att stärka kompetensen utanför specialistvården.

Precis som Dröfn Birgisdóttir var inne på i sin presentation är tillgången till fysioterapeuter med specialistkompetens inom den palliativa vården ojämlikt fördelad över landet.

Eftersom många patienter med palliativa vårdbehov vårdas utanför den specialiserade vården är det viktigt att alla patienter – om behovet finns – får tillgång till fysioterapeut. Detta diskuterades under dagen och är en fråga som arrangörerna arbetar vidare med.

Den nationella konferensen hölls 6–7 februari.

Maria Calleberg

sekreterare, Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi



Petra Tegman ny ordförande

Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad (SFPO) röstade på sitt årsmöte i april fram Petra Tegman till ny ordförande. Hon är vald på två år. Till vardags är hon programchef för palliativ vård och äldreomsorg vid Betanistiftelsen, Stockholm.

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

WWW.PALLIATIVVARD.SE

ANSVARIG UTGIVARE

Carl Johan Fürst

Överläkare, professor, Lund

CHEFREDAKTÖR

Anna Kågström

Journalist

tidskriften@nrpv.se

REDAKTION

Anna Hultberg Jönsson

Undersköterska, Västervik

Ida Malmström

Fysioterapeut, Malmö

Ursula Scheibling

Överläkare, Västerås

Kristina Grahn

Kurator, Ängelholm

Petra Tegman

Specialistsjuksköterska i palliativ vård
och demensvård, Stockholm

ANNONSER

Adviser Sales

Emelie Blomquist

072 600 67 384

emelie@adviser.se

TRYCK

Stibo Complete

LAYOUT

Roy

hej@roy.agency

ISSN 2001-841X

CITERA GÄRNA UR tidskriften men ange alltid källan och respektera upphovsrätten. Redaktionen delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs i artiklarna.

PRENUMERERA PÅ PALLIATIV VÅRD

En helårsprenumeration på tidskriften kostar 300 kronor. Skicka e-post med namn, adress, postadress samt eventuellt kostnadsställe till prenumeration@nrpv.se.



Nationella Rådet för Palliativ Vård

NRPV ÄREN ideell förening med uppgift att verka för en samordnad palliativ vård i hela landet och består av föreningar och nätverk inom palliativ vård. NRPV är ett forum för utbyte av idéer och information som rör palliativ vård och ska identifiera områden där palliativ vård behövs, uppmärksamma dessa samt initiera förbättring.

NRPV ska även sprida information om palliativ vård till professionella och allmänheten samt delta i samhällsdebatten inom det palliativa området.

E-POST info@nrpv.se **HEMSIDA** www.nrpv.se **NYHETSBRÄV** spn@nrpv.se



SiP

Föreningen för Socionomer inom
Palliativ Vård

www.fsip.se



SVENSK FÖRENING FÖR PALLIATIV MEDICIN

SFPM

Svensk Förening för Palliativ Medicin

www.sfpm.se



SJUKSKÖTERS KOR FÖR PALLIATIV OMVÅRDAD

SFPO

Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad

www.swenurse.se/sfpo



UFPO

Undersköterskor för Palliativ Omvårdnad

www.ufpo.se



DIO

Dietister inom onkologi

www.dio-nutrition.se



Föreningen

FÖRENINGEN FÖR ARBETSTERAPEUTER

INOM PALLIATIV VÅRD - FAiP

www.nrpv.se



**FYSIOTERAPEUTERNA - SEKTIONEN
FÖR ONKOLOGISK OCH PALLIATIV
FYSIOTERAPI**

www.fysioterapeuterna.se



CHEFER I PALLIATIV VÅRD

**CHEFER OCH LEDARE I
PALLIATIV VÅRD**



**SVENSK FÖRENING FÖR
PEDRIATISK PALLIATIV VÅRD**

sfppv.barnlakarforeningen.se

**NÄTVERK FÖR
SJUKHUSKYRKA
OCH TEOLOGER
INOM PALLIATIV
VÅRD**

NATIONELL VÅRDPLAN FÖR PALLIATIV VÅRD

EN DIGITAL INTRODUKTIONSKURS

Nationell Vårdplan för Palliativ vård, NVP, är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov.

Nu kan du gå en digital introduktionskurs till NVP, bestående av digitala föreläsningsfilmer och reflektionsuppgifter. Du får kunskap om NVPs olika delar och struktur, samt innehåll och praktisk användning.

Målgruppen för kursen är vårdpersonal inom enheter med avsikt att införa NVP. Vi välkomnar representation från hela det tvärprofessionella teamet!



**Läs mer och anmäl dig till våra kurser på
Palliativt Utvecklingscentrums hemsida:**

www.palluc.se



VÄLKOMMEN TILL

DE NÖDVÄNDIGA SAMTALEN

Samtalskurser för läkare, sjuksköterskor
undersköterskor och paramedicinare

De Nödvändiga Samtalen är en praktiskt inriktad samtalskurs som ger träning och verktyg för samtal med patienter som har en livshotande sjukdom eller kritiska förluster, samt deras närstående.

Kursen kombinerar teori, reflektion och strukturerad samtalsträning i mindre grupper. Som deltagare får du träna på samtal med en professionell skådespelare som simulerar patient eller närstående, under tiden som du får direkt återkoppling och vägledning från våra kursledare.

**Hur ska jag prata
om prognos?**

**Vad gör jag när patienten
inte ger något gensvar?**

**Hur balanserar jag
ärlighet och hopp?**

EFFEKTIV VERKSAMHET • HÖG KVALITET • NÖJDA MEDARBETARE

” Med itACiH får man en överblick över verksamheten som vi inte kunnat få på något annat sätt, ett flexibelt system som vi kan forma efter våra behov.

EC Siv Johnsson, Mobilt Team, Närsjukvård Landskrona



Spec. ssk. Hakima, ASIH Lund

Ett komplett digitalt verksamhetsstöd med dagsplanering och distansmonitorering i samma lösning. Itacih är engagerat i alla former av Hospital@Home och den nära vården t ex ASIH, Sjukhus Hemma, Hemdialys och Mobila vårdteam.

Kombinerar fysisk och virtuell vård

Inbyggd säker kommunikation med chat och video

Nöjda användare är våra bästa ambassadörer

Utvecklat av vårdpersonal och tekniker gemensamt sedan 2016

Anpassas löpande efter verksamhetens behov

Finns både på dator och mobil utrustning

Införande genomfört på dagar

Verksamhetsutveckling på köpet

Används av regionerna Skåne, Västra Götaland, Stockholm och Västerbotten, samt av kommuner och privata utförare

- Oberoende av journalsystem
- Ingen begränsning på antal patienter
- Säker drift i svenska datorhallar
- Levereras som Saas - ingen lokal installation

itACiH+

Digital lösning för sjukvård i hemmet