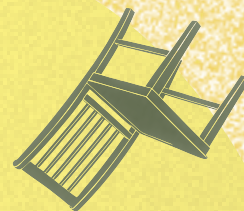


Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 3 • 2025



TEMA

Patienten mellan stolarna



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

Alla "Gunnar" borde ha samma chans

PALLIATIV VÅRD SKA lindra lidande och skapa mesta möjliga livskvalitet för varje enskild individ.

Så står det – uttryckligen – i vårdprogram och riktlinjer. Ändå är det alltför många personer som i dag inte får den vård de har rätt till.

En orsak är remisshanteringen. Remisser skrivs för sent, är för vagt formulerade eller hanteras olika och utifrån otydliga eller obefintliga kriterier.

I EN GRANSKNING av Carl Johan Fürst, Ursula Scheibling och Petra Tegman undersöker Palliativ Vård hur specialiserade enheter i Sverige hanterar remisser. Svaren pekar på en komplex bild där allt ifrån olika regioner och huvudmän till luddiga uppdrag och enskilda bedömare kan avgöra vad remissen får för svar.

Läs, och se hur det går för den multisjuka patienten "Gunnar" i

de olika regionerna!

Och läs den svidande kommentaren av NRPV:s ordförande, Bertil Axelsson.

Självklart finns i vårt tema "Patienten mellan stolarna" också goda exempel på hur remissförfarande och samordning kan förbättras. Liksom en skarpögd kurator-blick när skälet för att en patient "trillar mellan stolarna" beror på ett feltänk i grunden.

MISSA INTE HELLER vår nya vinjett: "Min vårdvardag". Först att utgjuta lite "tuff kärlek" är Ursula Scheibling.

Liksom Ida Malmströms krönika, där hon undrar om hon borde DO-anmäla sig själv?

Och mycket, mycket mer. God läsning!



Anna Kågström
Chefredaktör



Kunglig medalj till Peter Strang

Regeringen kommer i november att belöna professor emeritus och överläkare Peter Strang med den kungliga medaljen Illis Quorum. I motiveringen lyfts hans forskning och framstående insatser inom palliativ medicin – inte minst hur han spridit kunskap om det existentiella perspektivet, och de hälso-mässiga konsekvenserna av ensamhet. Peter Strang är den första inom svensk palliativ vård att uppmärksammas på detta hedersamma sätt.

GRATTIS, Peter!

Innehåll **Tema:** Patienten mellan stolarna

4 Reflektion: Dikt av Jila Mossaed. Foto: Gustaf Emil Petterson/Nordiska museet

7 Tema: Patienten mellan stolarna

8 Hur ska det gå för Gunnar, 62?

11 Remissen – se svaren för varje region



13 NRPV:s ordförande Bertil Axelsson: "Palliativ vård ska inte vara ett lotteri"

14 Så undviks remiss-pingis

16 Lyckat nytänk i Norra sjukvårdsregionen

18 Debatt: Prisad modell saknar kuratorer



20 Profilen: Anette Alvariza: "Närstående behöver att någon orkar lyssna"

24 Min vårdvardag: Ursula Scheibling – om hot på kliniken och risk för flygande datorer

26 Logoterapi: Det är frågan som är svaret

28 Ny podd söker det existentiella samtalet

30 Ullakarin Nyberg, suicidexpert: "Det behövs en särskild vårdrutin för män"

32 Patientfallet: Hur hanterar arbetsterapeuten Sonjas rökning?

34 Vetenskaplig kommentar: Lovande med strålning mot smärta

36 Krönika Ida Malmström: "Måste jag DO-anmäla mig själv?"

38 Medlemssidor: Rapport från EAPC-konferensen

41 Träff för dietister och ett nytt nordiskt nätverk



Fotot "Furnberg 1901" är taget av Gustaf Emil Petterson och ingår i hans serie "Wyer och porträtter". Det är en av tusentals bilder från sent 1800-tal till 1970-talet som Nordiska museet har återskapat efter en vattenläcka. Det blå fältet beror på ph-förändringar i ett färgämne som uppstår när negativet utsätts för fukt.

I utställningen "Metamorfoser" på Nordiska museet visar ett antal av de återskapade bilderna och utlovar "en drömsk resa genom minne, tid och kemiska reaktioner". Premiär: 17 okt.



Du kom med din stege
Vi klättrade upp
Det tog tid
Vi hann älska varandra
och längta efter jorden
som liknade ett tomt skal

Vi var ensamma
tills ljuset förändrades
och vi befann oss i ett begravningskapell
Vinden var med
Dimman och åskan
och stjärnor som liknade oss
Vi stod där utan språk
och väntade
Ett kallt viskande sus
sjöng i vårt hjärta

Dikt av Jila Mossaëd ur nyutkomna
"Vem var min mor på jorden" (Norstedts, 2025).

Jila Mossaëd är född i Teheran 1948 och bor i dag i Göteborg. Hon har givit ut två romaner och tio diktsamlingar på persiska, en i Iran och nio i Sverige. Hon har även gett ut sju diktsamlingar på svenska. År 2018 efterträdde hon författaren Kerstin Ekman på stol nr 15 i Svenska Akademien.

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

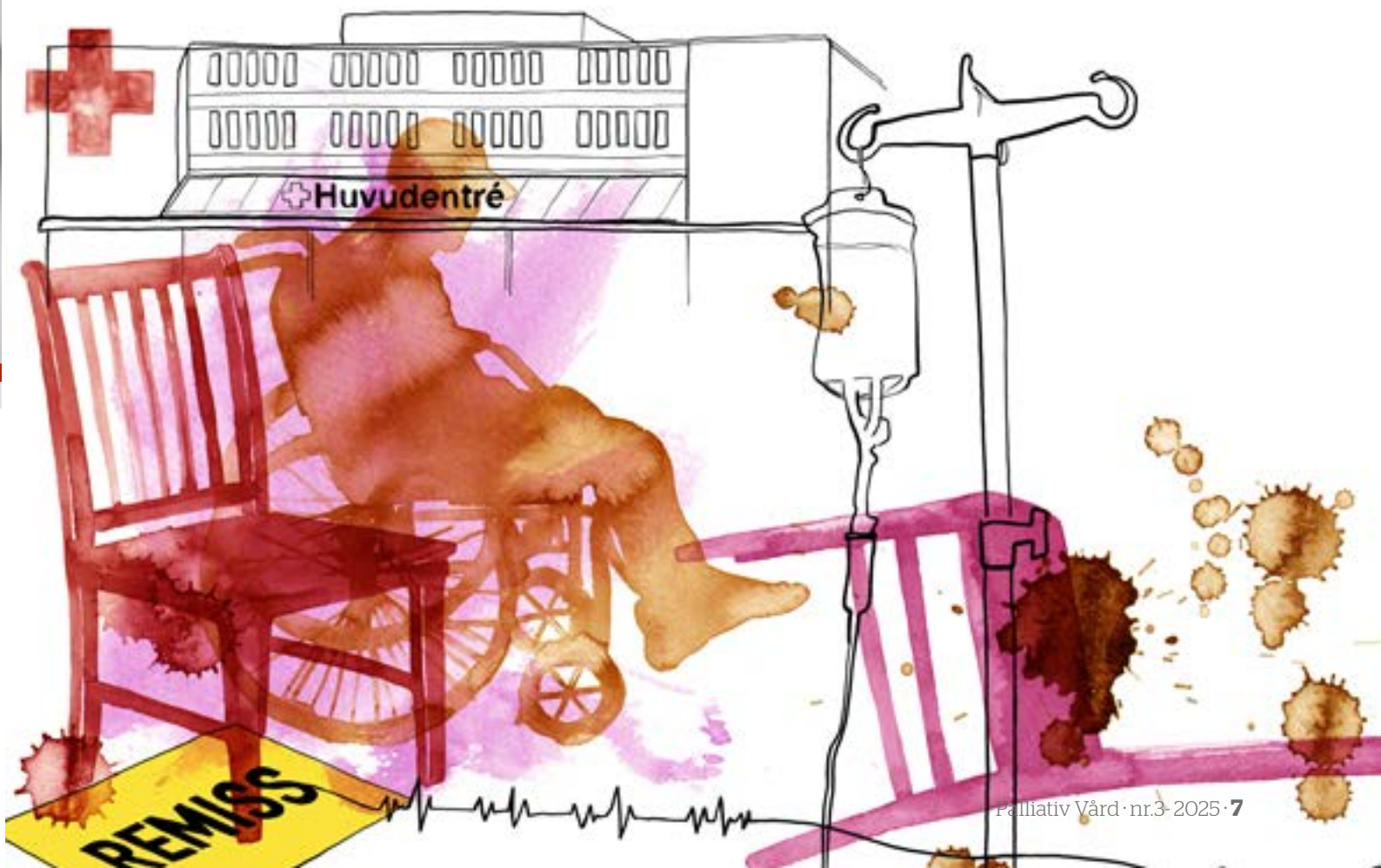
Platt fall för patienten mellan stolarna

Remisshanteringen mellan olika vårdgivare skapar ofta frustration. Det leder också till att patienter i behov av palliativ vård "faller mellan stolarna" – och alltså inte får den vård de har rätt till.

I en granskning har PV skickat ut en "lagom bra" remiss för en fiktiv patient, multisjuka Gunnar, 62. Bläddra och se hur det går för honom i de olika regionerna!

Läs också den svidande kommentaren på sidan 13 från Bertil Axelsson, ordförande i Nationella rådet för palliativ vård.

Illustrationer: Linnea Blixt



Hur ska det gå för Gunnar, 62?

I en granskning har vi skickat ut en remiss för den multisjuka Gunnar, 62, i hela landet. Blir det "hiss" – alltså en anslutning till specialiserad palliativ vård – eller "diss"?



Carl Johan Fürst

professor emeritus
Palliativt utvecklings-
centrum Lund



Petra Tegman

programchef Betaniastiftelsen,
specialistsjuksköterska palliativ vård



Ursula Scheibling

specialistläkare, palliativ vård
Palliativt utvecklingscentrum
Lund

PALLIATIV VÅRD SKA lindra lidande och skapa livskvalitet i den mån det är möjligt för patienter med livshotande sjukdomar. Det kräver att patienten vårdas på rätt vårdnivå och är omgiven av rätt kompetens.

I detta spelar remisshanteringen en central roll. Genom remissen till specialiserad palliativ vård förmedlar den ansvariga vårdgivaren bedömningen och beslutet att patienten behöver kompetens inom just specialiserad palliativ vård.

Denna vård kan vara allmän palliativ vård med konsultativt stöd eller att patienten får vård av ett specialiserat palliativt team med hemsjukvård eller slutenvård.

Det är allmänt känt att remisser ibland dröjer, förloras i administrationen eller saknar viktig information. Det leder till försenade insatser, onödigt lidande och frustration hos både patienter, närstående och vårdpersonal.

För patienten och klinikern – både bland remitterande och remissmottagare – är det en källa till frustration när remisser skrivs för tidigt eller för sent. Lika irriterande är det om remissen fel-

bedöms då viktig information saknas.

Det är också känt att uppdragen för specialiserad palliativ vård skiljer sig åt i olika delar av landet. Vi ville därför ta reda på:

- Ser uppdragsbeskrivningen olika ut för upphandlade privata verksamheter jämfört med regionalt drivna verksamheter?
- Finns det generella eller specifika kriterier för att ta emot remitterade patienter i olika delar av landet?
- Skiljer det sig mellan huvudmän och olika vårdgivare?
- Kan det vara så att remisskrivande, kriterier och prioriteringar varierar med tillgången på vårdplatser inom akutsjukvård och palliativ vård?

När remissen skrivs i ett tidigt skede av sjukdomsprogress eller innan tydliga behov har uppstått, kan patienten fortfarande vara i behov av sjukdomsinriktad behandling – eller ännu inte ha förstått eller accepterat sin situation.

För att det inte skapa oro, förvirring och misstro gentemot vården är det därför av stor vikt att patienten och närstående informeras om att remiss för stöd utifrån ett palliativt förhållningssätt inte nödvändigtvis innebär att

livsförlängande behandling avslutas.

Samtidigt innebär en för sen remiss att den palliativa vården får för lite tid att göra skillnad. Patientens symtom kan ha hunnit eskalera, och viktiga samtal

Gunnars remiss

Datum: 250406

Patient: Gunnar S. (631401-5734)

Avsändare: Medicinska kliniken, Lasarettet i Xstad

Mottagare: Specialiserad palliativ vård – t ex ASIH, LAH, SPV

Åtgärd: Tacksam för palliativ vård
Ensamstående fränksild 62-årig man med barn på annan ort. Bor ensam utan hemtjänst. Multisjuk med diabetes, KOL och hjärtsvikt. Viss missbruksproblematik. Sporadisk kontakt med VC och upprepade oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring. Svårt att klara sig själv hemma och lider av sömnsvårigheter, ångest, och blir allt svagare. Något diffus smärtproblematik. Positiv till palliativ vård som han haft erfarenhet av via en syster som avlidit i hemmet med stöd av ASIH. Patienten skrivs ut till hemmet utan vidare planerad uppföljning på medicinkliniken.

etiska dilemman

om livets slutskede riskerar att utebli.

Syftet med vår studie var att undersöka hur de som arbetar inom specialiserad palliativ vård hanterar remisser, med fokus på remissmottagandet.

Så här gick undersökningen till

Vi skapade en webbaserad enkät som utgick från en fiktiv patient och en "lagom bra" remiss.

I remissen önskades övertagning till specialiserad palliativ vård. Enkäten skickades till medlemmarna i SFPM (Svensk Förening för Palliativ Medicin), alltså den yrkesförening som samlar läkare inom palliativ medicin.

Medlemmarna kontaktades via mejl med en inbjudan om att delta i studien och en länk till den webbaserade enkäten. Genom att vända oss till SFPM var vår avsikt att nå alla

specialiserade verksamheter. De som har svarat representerar den verksamhet där de arbetar.

Enkäten innehöll flervalsfrågor och möjlighet att skriva öppna svar kring den specifika remissen, erfarenheter av att ta emot och hantera remisser samt frågor om själva verksamheten och remissmottagande. De som svarade ombads att ange verksamhetens namn och eventuell avdelning. I övrigt var enkäten helt anonymiserad och skickades ut en gång.

Resultat

Av utskickade cirka 520 mejl svarade 74, verksamma inom specialiserad palliativ vård. Fördelningen mellan regioner, huvudmän, uppdragsbeskrivning, och remisshantering sammanfattas i tabell 1 (se sid 11).

Uppdragsbeskrivning och remisskriterier

Av dem som besvarat enkäten uppgav 43 att verksamheten både har en uppdragsbeskrivning och dokumenterade kriterier för remissbedömning.

Ytterligare 21 angav att de enbart har en uppdragsbeskrivning som grund för att bedöma remisser.

Fyra uppgav att de saknar en uppdragsbeskrivning men att de i stället har egna kriterier för remissbedömning. Två av dessa – båda från Västra sjukvårdsregionen – specificerade att de tagit fram särskilda remissmallar.

Fem svarande angav att de saknar både uppdragsbeskrivning och remisskriterier, något som i fritextsvaren lyfts fram som en tydlig brist.

Två svarande kommenterade att deras uppdrag inte är uppdaterat i

” En för sen remiss innebär att den palliativa vården får för lite tid att göra skillnad.



relation till det faktiska arbetssättet, som har utvecklats och blivit bredare än det ursprungliga.

Förändringar i uppdragets omfattning

Det är tydligt att vissa specialiserade palliativa enheter, särskilt i storstadsregioner som Stockholm/Gotland och Södra sjukvårdsregionen, i dag har ett utökat uppdrag som omfattar avancerad medicinsk vård i hemmet.

Detta inkluderar exempelvis nutritionsbehandling, antibiotikabehandling i kurativt syfte och i vissa fall även onkologisk behandling i patientens hem.

Kommentarerna visar att denna utveckling ofta uppfattas som styrd av politiska beslut och att den medför svårigheter för de palliativa teamen.

Det handlar bland annat om att hantera patienter med olika behandlingsmål och vårdnivåer, vilket i sin tur skapar etiska dilemman och utmaningar i resursfördelningen.

Begränsningar i uppdraget

Många uppgav att uppdraget är begränsat till vissa åldrar, exempelvis att specialiserad palliativ vård endast erbjuds till vuxna.

Andra enheter anger att deras uppdrag begränsas till vissa diagnoser, vanligtvis cancer, eller till specifika vårdformer såsom enbart hemsjukvård.

Samtidigt finns det enheter som uttryckligen uppger att deras remisskriterier är behovsstyrda och omfattar patienter oavsett ålder eller diagnos.

Vanligt förekommande är formuleringar som betonar att patienten ska befinna sig i livets slutskede, ha kort förväntad överlevnad eller att ett brytpunktssamtal ska ha genomförts. Vissa enheter erbjuder även konsultstöd för patienter i tidigare skede av sjukdom.

Otydliga remisskriterier

Flera enheter nämnde behovet av specialiserad palliativ vård som ett grundkriterium i enlighet med vårdprogram eller vårdförlopp. Det beskrivs ofta att det krävs en komplex

sjukdomsbild eller en obotlig sjukdom i sent palliativt skede.

Samtidigt uttryckte flera att uppdraget och remisskriterierna är otydliga eller föråldrade, vilket skapar ett stort tolkningsutrymme för både remitter och mottagare.

Vem bedömer remissen?

Enligt svaren är det vanligt att remissen bedöms av hela teamet, även om det ofta framgår i kommentarerna att läkaren har det avgörande ansvaret eller det sista ordet.

I vissa fall sker bedömningen av läkare och sjuksköterska tillsammans, medan det i andra fall är läkaren ensam som gör bedömningen.

Några få enheter anger att bedömningen sker tillsammans med andra yrkesgrupper, som exempelvis vårdenhetschef.

Hur hanteras remisserna?

Enligt enkäten var den vanligaste hanteringen av remisser att man begär in mer information innan ett beslut fattas.

Det sker genom journalgranskning, återremittering med begäran om kompletteringar eller genom kontakt med patienten, oftast i form av ett hembesök eller ett telefonsamtal.

I vissa fall kan läkare direkt godkänna remissen. Men vårdform och omhändertagande kan inte alltid avgöras förrän man har träffat patienten och fått mer information om symtombild och önskemål.

Faktorer som om det finns större medicinska behov än omvårdnadsbehov – eller om ett brytpunktssamtal har genomförts – anges ofta som avgörande för vilken vårdnivå som är mest lämplig.

I några fall godkänns remissen för konsultativa stödinsatser snarare än som ett aktivt övertagande. Några svarade att patienter erbjuds plats på den palliativa avdelningen för vidare vård eller bedömning, och vissa uppgav att de rutinmässigt gör en omprövning av beslutet inom ett par veckor efter att vården har inletts.

Avslag och alternativ vid remissbedömning

Remisser avslås vanligen för att det inte framgår några tydliga behov av specialiserad palliativ vård. Flera av de svarande erbjuder ändå stöd via konsultteamet till vårdgivare som ansvarar för den allmänna palliativa vården.

I vissa fall hänvisas patienten till andra vårdgivare, exempelvis närvårdsteam eller geriatrik.

Ytterligare synpunkter och reflektioner

En del enheter lyfter särskilda arbetsvillkor, exempelvis att de måste besvara remisser inom fyra timmar under dagtid, varje dag i veckan.

Många nämner vikten av att patienten behöver ha hemsjukvård eller hemtjänst som en förutsättning för att kunna ta emot vård. Andra kommenterar att remisser aldrig bedöms enbart utifrån skriftlig information, utan att kontakt med patienten är absolut nödvändig.

Det uttrycks också frustration kring att verksamhetens fokus förändrats, ofta som följd av politiska beslut.

Exempelvis beskrivs i Region Skåne att den tidigare inriktningen på specialiserade palliativa vårdbehov nu breddats till att omfatta uppdrag som många inte anser vara palliativa.

Det kan röra sig om insatser till patienter med kurativt syftande cancerbehandling, som exempelvis cytostatika, parenteral nutrition eller antibiotika. Detta uppges vara en orsak till stress och splittring inom teamen.

Samtidigt lyfts det fram att vissa enheter arbetar med ett tydligt behovsstyrt uppdrag som omfattar alla diagnoser och åldrar, med särskild hänsyn till barn som patienter eller närstående.

Slutligen framgår att uppdragets innehåll kan skilja sig mellan olika vårdformer – exempelvis mellan slutenvård och öppenvård – vilket påverkar hur remisser bedöms och vilken typ av vård som erbjuds. ■

Remissen – se svaren för varje region

Störst chans till specialiserad vård har "Gunnar" i Södra regionen. Sämst är chansen i Region Stockholm/Gotland. Men svaren visar också på en komplex och otydlig remisshantering.

I REGION MELLAN UPPGER tio av de tolv läkare som besvarat enkäten att de har en uppdragsbeskrivning från sin huvudman, det vill säga regionen.

Endast tre svarande anger att de godkänner remissen.

Fyra begär mer information och övriga fem avslår remissen. Ett citat från slutenvården illustrerar skälet till avslag: "Uppfyller inte inskrivningskriterier: inte kort tid kvar i livet eller tydligt formulerad medicinsk översyn."

I REGION STOCKHOLM/GOTLAND

har endast sju av 17 svarande angett regionen som huvudman.

Den dominerande responsen är att man begär in mer information, eftersom remissen anses ofullständig. Det framkommer inte tydligt vilka vårdbehov patienten har eller hur omfattande dessa är.

Ingen av läkarna godkänner remissen. Den vanligaste orsaken till avslag är, enligt svarande, att remissen saknar information om patientens diagnos, trots att den framgår av remisstexten. Inte heller anses behovet av specialiserad vård vara tydligt.

Det finns även kommentarer kring huruvida privatdrivna aktörer i Stockholm i större utsträckning accepterar remisser på grund av intäktsbehov, vilket eventuellt påverkar praxis.

Ingen av de svarande enheterna i Stockholm nämner hembesök eller ett personligt möte med patienten som åtgärd inför en eventuell bedömning av remissen.

Svarsområde	Svarsalternativ	Antal svar	Andel svar %
Verksamhet*	Slutenvård	44	59
	Hemsjukvård	31	70
	Konsult	54	47
Huvudman	Region	62	82
	Kommun	1	1
	Stiftelse/förening	5	7
	Privat	7	9
Region	Södra	15	22
	Sydöstra	8	11
	Västra	12	16
	Stockholm-Gotland	16	22
	Mellersta	15	19
	Norra	9	12
Uppdragsbeskrivning	Ja	65	87
	Nej	10	13
Egna kriterier för bedömning	Ja	48	64
	Nej	27	36
Remissbedömning	Dagligen	65	87
	Efter behov	2	3
	< Dagligen	8	10
Bedömare*	Läkare	58	78
	Sjuksköterska	30	41
	Teamet	27	35
	Annan	6	8

* svaren kan vara överlappande

I SÖDRA REGIONEN blev ingen remiss avslagen. Av de 14 som har besvarat enkäten uppger nio att de begär mer information, medan fem godkänner remissen – främst med motivet att det ger möjlighet att få träffa patienten och därmed kartlägga behovet.

En enhet beskriver ett vanligt tillvägagångssätt, där patienten först skrivs

in i kommunal hemsjukvård varefter ett gemensamt hembesök genomförs för att på bästa sätt planera vården.

Samtliga svarande i regionen uppger att man i princip alltid träffar patienten personligen för att bedöma symtombild, livssituation, patientens syn på

förskillnader

sjukdomen och förväntad överlevnad. Först efter detta avgörs vilken vårdnivå som är lämplig.

IREGION VÄST är det endast en av de svarande enheterna som godkänner remissen. Motiveringen till avslag är att man vill göra en bedömning för att klargöra patientens situation.

Även om det i vissa fall leder till avslag efteråt, kontaktas då vårdcentralen för fortsatt vård och ett erbjudande om stöd från det specialiserade teamet ges.

IREGION NORR är utfallen jämnt fördelade – hälften av enheterna godkänner remissen, medan andra hälften begär mer information.

Endast en svarande väljer att avslå remissen, med motiveringen att inskrivningskriteriet om kort förväntad överlevnad inte är uppfyllt.

Samtidigt lyfts det i kommentarerna att alla patienter i Norrbotten har rätt till hemsjukvård vid behov, vilket skulle kunna vara ett alternativ till specialiserad vård vid enklare behov.

Dock framkommer i ett annat svar att samarbetet med kommunen är bristfälligt, vilket medför att patienter som inte skrivs in riskerar att stå utan dygnet-runt-vård.

IREGION SYDÖST uppger sex av sju enheter att de behöver mer information för att ta ställning till remissen.

Diskussion

Sammantaget skulle 19 % av de som svarade ta emot patienten medan 19 % avslag den. Resterande 62 % av dem som svarade skulle begära in mer information för att kunna göra en bättre bedömning.

I några fall bland de totala antalet svarande har dock två personer på samma enhet skickat var sitt svar angående remissen. Svaren visade viss variation inom en och samma verksamhet – remissen kunde godkännas, avslås eller leda till en begäran om mer information, beroende på bedömarens.

Slutligen framkommer att ingen region har ett enhetligt svar på frågan om huruvida enheten har en uppdragsbeskrivning som tydliggör vilka patienter eller behov som ingår i uppdraget. Denna oklarhet kring uppdragets om-

fattning kan vara en avgörande faktor för om en remiss godkänns eller inte.

I vår enkät efterfrågade vi inte specifika uppdrag eller remisskriterier. Utifrån inkomna svar och kommentarer kan man dock anta att uppdrag och kriterier för specialiserad palliativ vård skiljer sig på ett betydande sätt inom Sverige.

På vissa håll verkar det inte finnas vare sig uppdragsbeskrivning eller remisskriterier.

Det innebär att det inte finns någon samstämmighet kring vilka patienter som bedöms ha behov av specialiserad palliativ vård, vare sig inom den specialiserade palliativa vården eller bland dem som skickar remisser.

Formuleringar som "palliativt skede" och "komplexa behov" är otydliga som remisskriterier. Det gäller inte enbart för de vårdgivare som förväntas remittera patienter till våra specialiserade enheter; dessa otydliga kriterier innebär även en risk att de som bedömer remisser lägger in olika tolkningar i begreppen.

Resultat: Med detta riskerar vi att erbjuda en än mer otydlig bild av syfte och mål med specialiserad palliativ vård och en ökad ojämlikhet.

Fördelar med en tidig identifiering och uppföljning av palliativa vårdbehov hos enskilda patienter har lyfts sedan ett antal år tillbaka, såväl internationellt som nationellt. Detta åter-

spegas inte helt i vår studie eftersom flera kommentar visar på att vården begränsas till livets slutskede.

Det är möjligt att behovet av tidig palliativ vård tillgodoses med palliativ konsultverksamhet eller palliativa mottagningar. Men detta saknas på många håll i landet.

Gränsdragningen mellan allmän och specialiserad palliativ vård är inte alltid given. Den kan dessutom variera mellan olika kommuner och regioner. Utifrån de svar vi har fått är det tydligt att uppdragen varierar.

Patientens behov behöver styra behovet av kompetens, oavsett vårdgivare. Därför går det enbart i begränsad utsträckning att dra slutsatser om skillnader i omhändertagande blir "rätt" eller "fel" för enskilda patienter.

Vår förhoppning är att resultaten från undersökningen ska utmana alla enheter till självgranskning och inspirera till förbättrade rutiner.

I vilken utsträckning möter och tillgodoser vi specialiserade vårdbehov hos patienter inom vårt eget upptagningsområde?

Hur granskar vi kontinuerligt inflöde och bedömning av remisser samt utfall i Svenska palliativregistret för vår enhet och region?

Svaren på dessa frågor kan utgöra ett bra underlag för att arbeta med kvalitets- och förbättringsarbete. ■

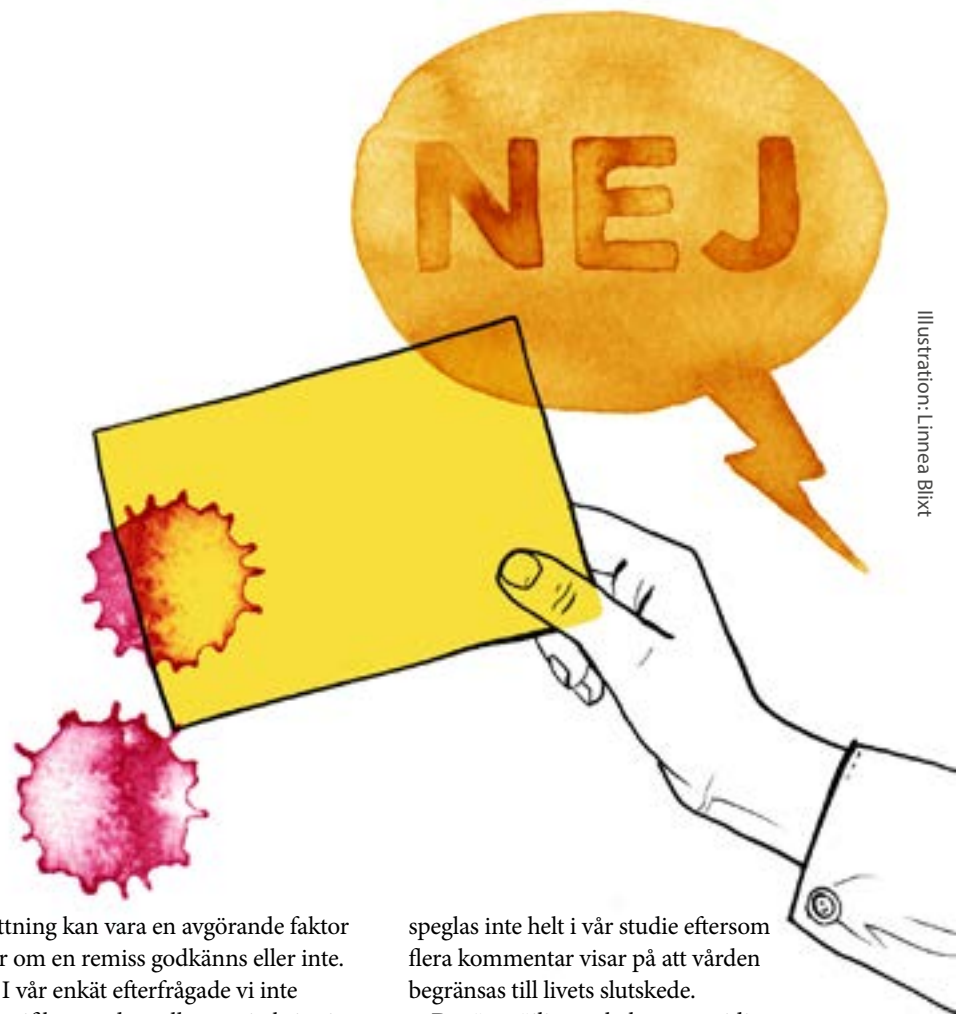


Illustration: Linnea Blixt

egna kriterier

Kommentar:

”Palliativ vård ska inte vara ett lotteri”

Nu är det dags att de 21 regionerna skapar jämlika vägar till den specialiserade palliativa vården. Det skriver NRPV:s ordförande Bertil Axelsson i en kommentar till granskningen.

Att läsa undersökningen om hur Gunnars remiss har handlagts är minst sagt tankeväckande. Resultatet lyfter på ett tydligt sätt fram hur slumpartat det är med tillgången till specialiserad palliativ vård, beroende på var man bor i landet, och vem som just i dag bedömer en inkommande remiss.

En viss subjektivitet i remissbedömningar kan vi aldrig komma ifrån. En förutsättning för en bedömning är dock att uppdragen till den specialiserade palliativa vården finns, är tydliga, uppdaterade och tämligen likartade över hela landet.

Uppdraget ska självklart inkludera alla diagnoser, alla åldrar och utgå från patientens behov av kompetent stöd – nu eller i en nära framtid.

Det framgår tydligt av resultaten att möjligheten för tidigt palliativt stöd är bristfälligt på många håll i landet. En påtaglig orsak till detta är avsaknaden av strukturerade palliativa mottagningar och palliativa konsultteam.

Är det enbart specialiserad hemsjukvård eller slutenvård som teamen kan erbjuda, blir adekvat hantering av Gunnars remiss mer slumpartad. Risken är då att remisshanteringen styrs mer av aktuell platstillgång och/eller bedömarens dagsform – eller i värsta fall av ekonomiska hänsyn.

Specialiserade palliativa team har under senare år i allt högre utsträck-

ning – och via politiska beslut – fått utökade uppdrag, som att ge näringsdropp under tuff onkologisk behandling med botande syfte. Det kan också bestå av att ge antibiotikadropp flera gånger per dag till patienter som inte befinner sig i en palliativ situation.

Det rör till det ytterligare. Dels vad gäller remissbedömningar och prioriteringar i vardagen mellan olika patienter. Dels i form av påtagliga problem för personalen gällande både kompetens och arbetssätt.

När det dessutom finns ekonomiska incitament är risken överhängande att patienter som Gunnar väljs bort till förmån för patienter som lättare genererar intäkter.

Att det ska genomföras ett brytpunktssamtal och att det behöver vara vård i livets slutskede är styrande remisskriterier på många håll. Detta är exempel på ytterligare två frågor där verksamheterna och uppdragsgivarna behöver modernisera sig.

Varken formellt eller resursmässigt verkar man i dessa fall ha gett verksamheten möjlighet att tillhandahålla tidig palliativ vård i enlighet med det sammanhållna palliativa vårdförloppet. Man har inte heller anammat vikten av ”Samtal vid allvarlig sjukdom”.

Det finns studier som visar att brytpunktssamtal vid övergång till palliativ



Bertil Axelsson.

vård i livets slutskede genomförs sent i förloppet; ofta först under den sista levnadsveckan. Det minskar möjligheten för specialiserade palliativa enheter göra någon avgörande skillnad.

Sammanfattningsvis behöver landets 21 regionledningar skapa en för invånarna förutsägbar infrastruktur för den specialiserade palliativa vården.

Den infrastrukturen måste innehålla palliativa mottagningar och konsultteam för att kunna möta palliativa behov även tidigt i sjukdomsförloppet.

Tydliga uppdragsbeskrivningar måste i rättvisans namn finnas över hela landet.

Remisskriterier som är mer likartade måste också komma på plats. ■

Bertil Axelsson

ordförande, Nationella Rådet för Palliativ Vård (NRPV)

Så undviks ”remiss-pingis”

Snabbare, tydligare och med ett fokus på könsskillnader och jämlikhet. Det blev resultatet i nordöstra Skåne efter en systematisk genomgång av remisshanteringar inom ASIH.

I VILKET SKEDE SKICKAS remiss till ASIH?

Många är de remissgenomgångar där vi inom ASIH Kristianstad mer eller mindre i tysthet suckat över hur sent i sjukdomsförloppet patienter remitteras till oss och hur dåligt informerade patienter och närstående är om sjukdomen och dess prognos när vi väl träffar dem.

Addera därefter teamets frustration när patienterna dör väldigt fort efter inskrivning, och vi inte har haft möjlighet att bidra med den viktiga symptomlindring och tillhandahållande av coping-strategier och närståendestöd. Vi vet ju att det kan göra så stor skillnad under en ofta svår och omtumlande del av livet.

Sammantaget väckte det en önskan att mer systematiskt undersöka i vilket skede patienter remitteras till oss och vilken vård som givits dessförinnan. Hade vi fog för vårt muttrande? Fanns det något enkelt sätt att hitta patienterna i bättre tid? Hade man från vårdens

sida haft de viktiga samtal som vi upplevde saknades?

För att undersöka detta fick vi möjlighet att inom ramen för ett forskningsprojekt analysera samtliga vuxna personer inom vårt upptagningsområde i nordöstra Skåne som avlidit under ett års tid, och där remiss skickats till ASIH under de tre sista levnadsåren.

Via journalgranskning undersökte vi bland annat överlevnad från remisstidpunkt, ASIH:s remissbedömning, antal sjukhusinläggningar och akutbesök halvåret före remiss samt uppfyllelse av kriterier för palliativ vård/specialiserad palliativ vård enligt det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet i palliativ vård.

Vi granskade även journalanteckningar som tydde på att man haft diskussion om prognos/sjukdomsförlopp, patientprioriteringar, symptomlindring och plan för försämringsepisoder (delar av det som innefattas av ”samtal vid allvarlig sjukdom”).

Utifrån denna journalgranskning

kunde vi dra ett flertal slutsatser:

1. Vi hade rätt i våra muttranden att patienterna remitteras sent. Medianöverlevnaden från remisstidpunkt var bara en dryg månad. Lägg sedan tiden det tar från att remissen skrivs till att vi har möjlighet att ansluta patienten till ASIH, så har vi inte lång tid på oss att bidra med våra insatser. I vårt fall i median 21 dagars överlevnad från inskrivning till död.
2. Flera patienter hade upprepade remisser till ASIH där vi initialt avslagit remissen med motiveringen att det vid bedömningstidpunkt förelåg ”otillräckliga behov”.

MÅNGA AV DESSA patienter anslöts till ASIH vid ett senare skede efter upprepade remiss, ibland flera upprepade remisser. För att se om man kan undvika denna ”remiss-pingis” jämförde vi patienter som först fått avslag – men som senare anslöts – med de patienter som inte kom att anslutas alls. Det visade sig att patienterna som anslöts vid

upprepad remiss i mycket högre grad uppfyllde kriterierna för specialiserad palliativ vård enligt vårdförloppet redan vid första remisstillfället jämfört med de patienter som inte återremitterades eller anslöts alls ($p=0,0001$).

3. De flesta patienter (64 %) hade 0 eller 1 akutbesök/inläggningar på sjukhus under halvåret innan remiss. Det fanns dock en subgrupp av patienter (12 %) med 3 eller fler sjukhusinläggningar/akutbesök under samma tidsperiod. Av den gruppen uppfyllde den absoluta majoriteten (84 %) kriterier för specialiserad palliativ vård enligt vårdförloppet.

4. Olika aspekter av samtal vid allvarlig sjukdom hade journalförts i majoriteten av fallen under månaden innan remiss skickades till ASIH. Fokus i samtalen varierade dock, där det vanligaste temat som diskuterats var samtal om prognos/sjukdomsförlopp (7 av 10 patienter) medan endast 4 av 10 hade diskuterat patientprioriteringar respektive plan för behandling vid försämring.

5. Män hade signifikant fler sjukhusinläggningar och akutbesök före remiss än kvinnor. Män hade även i signifikant mindre utsträckning än kvinnor erbjudits samtal vid allvarlig sjukdom i någon form. Till exempel hade endast 4 av 10 män något samtal om möjlighet till symptomlindring medan samma siffra för kvinnor var 6 av 10 ($p=0,01$).

Sammanfattningsvis kunde många av

våra farhågor tyvärr således bekräftas. Vi har inom ASIH Kristianstad, tack vare studien, arbetat vidare på flera olika sätt för att komma till rätta med detta:

1. Vi lyfter studieresultaten med våra remittenter. Vi har även haft förmånen att bli inbjudna att föreläsa för flera av våra remitterande kliniker. Där försöker vi också att sprida vikten av att identifiera patienterna i tid samt att ställa frågan: "Vad är viktigt för dig?"

2. Vi arbetar hårt för att bedöma och ansluta patienter snabbt efter att vi har mottagit remiss. Eftersom vi vet att snittöverlevnaden är så kort är det viktigt att inte förlora tid mellan remissens ankomst och formell anslutning av patienten.

3. För att undvika "remiss-pingis" använder vi kriterielistan för specialiserad palliativ vård enligt vårdförloppet vid remissbedömning. Patienter som bedöms ha behov av ASIH:s insatser i framtiden, men som mår relativt väl vid bedömningstidpunkt, har vi möjlighet att ansluta till vår palliativa mottagning (som möjliggör kontakt med ASIH på kontorstid, till skillnad från den dygnet-runt-vård som bedrivs inom ASIH för övrigt).

På detta sätt kan vi hålla koll på patienten och konvertera till dygnet-runt-vård när vi bedömer att vårdbehovet ökar, utan att ny remiss behöver skickas till oss.

4. Vi tittar på frekvens av sjukhusinläggningar vid våra remissbedömning-

ar och uppmanar våra remittenter att uppmärksamma palliativa vårdbehov. Detta gäller speciellt hos de patienter som har två eller fler sjukhusinläggningar under det senaste halvåret.

5. Vi informerar våra remittenter om de könsskillnader som vi uppmärksammat. Området könsskillnader och jämlikhet inom palliativ vård har till följd av vår studie också blivit en stor och viktig del av vår vidare planerade forskning.

SEDAN VI BÖRJAT arbeta på detta sätt är vår upplevelse att muttrandena vid remissgenomgångarna förekommer mer sällan. Vi hoppas på detta sätt kunna bidra till en bättre vård för våra patienter och deras närstående samt en bättre samsyn mellan oss och våra remittenter. ■



Karin Boo Hammas
Specialistläkare, doktorand



Jenny Klintman
Överläkare, docent
ASIH Kristianstad

Referenser

1. Boo Hammas K, Jacobsen J, Selberg R, Mahajan S, Klintman J. Gender differences in palliative care needs among Swedish cancer patients prior to specialist palliative care referral. *Acta Oncol.* 2025 May 14;64:672-676.
2. Jacobsen J, Boo Hammas K, Segerlantz M, Ekstrand J, Mahajan S, Klintman J. Per-Patient Illness Trajectory Analyses. *J Palliat Med.* 2025 Jan;28(1):86-91.

Lyckad revision i kvadrat

Hur skapar man ett lyckat idéutbyte mellan regioner? Jo, genom en innovativ metod där regionerna gör "revision" på varandra och utbyter styrkor.

DEN PALLIATIVA VÅRDEN utvecklas konstant. Inte ens tio år har passerat sedan den reviderade upplagan av det Nationella vårdprogrammet i palliativ vård publicerades. Det hette då Nationellt vårdprogram med undertiteln: "I livets slutskede".

I dag pratar vi hellre om tidigt integrerad palliativ vård, att vi tidigt bör anta ett palliativt förhållningssätt och att de specialiserade palliativa enheterna måste jobba brett tillsammans med andra aktörer i övrig vård för att höja kvaliteten på den palliativa vården.

Rikttningsförändringen är tydlig. Det kan vara bra att påminna sig om när man har känslan av att arbetsvardagens utvecklingskurva flackat av till ett rött streck på EKG-monitorn. Hur ska man då märka av förändring när tunnelseendet skuggar? Hur lyfter vi blicken? Var ska förändring ske? Måste saker ens förändras, de kanske är bra som de är?

Våren 2021 påbörjade en projektgrupp, på uppdrag av Palliativt kompetenscentrum (PKC) Norr, en enkätundersökning. Projektledare var Fredric Wallin, dåvarande koordinator för PKC. Enkäten utgick från kvalitetsparametrar, framtagna av Svensk förening för palliativ medicin, och

” Hur ska man märka av förändring när tunnelseendet skuggar? Hur lyfter vi blicken?

skickades till enheter som identifierats arbeta inom den specialiserade palliativa vården i Norra sjukvårdsregionen.

Projektet kom att kallas Kvadrat-revisionen. Syftet med projektet var att undersöka hur specialiserad palliativ vård är uppbyggd i Norra sjukvårdsregionen, om organisationen påverkar kvaliteten på vårdutbudet samt om de specialiserade palliativa enheterna lämpar sig som utbildningsplatser.

TOTALT DELTOG 25 enheter i palliativa konsultteam, specialiserade palliativa hemsjukvårdsteam, hospice och palliativa slutenvårdsavdelningar.

Två personer från varje region i Norra sjukvårdsregionen ansvarade för revision av en annan region. Norrbotten genomförde revision av Västerbotten, Västerbotten av Västernorrland och Västernorrland av Jämtland Härjedalen, som i sin tur genomförde revision av Norrbotten.

I praktiken gick det till så att den

granskade regionen – efter att ha besvarat enkäten – skickade svaren till de medarbetare i den region som var ansvariga för granskningen, samt till projektledaren. Efter insamling och analys möttes revisionspar och mottagare i elektroniska möten.

Syftet var att ge revisionspar och mottagare en ökad förståelse för förutsättningar, möjligheter och hinder för varandras verksamheter.

Tanken var också att det både skulle öppna för direkt feedback på goda exempel och för identifierade hinder identifierade i regionen.

Senare kompletterades revisionen med fysiska studiebesök. Exempelvis besökte specialistläkare och specialist-sjuksköterska från Piteå specialiserade hemsjukvårdsenheter i Skellefteå och Umeå, samt Axlagårdens Umeå hospice.

Detta gav ytterligare möjligheter att komplettera materialet i projektet. Materialet sammanställdes av projektledaren och omarbetades till en

rapport, färdigställd av undertecknad.

Ett smalt utsnitt från projektets resultat visar att tillgången till specialiserad palliativ hemsjukvård dygnet runt, veckans alla dagar, är ojämlig i Norra sjukvårdsregionen.

Dygnet-runt-team finns endast med täckning på ett fåtal platser. Övriga team löser tillgänglighet till läkare och sjuksköterskor i samverkan med andra vårdgivare och huvudmän, det vill säga primärvård och kommun.

Endast Palliativ onkologisk avdelning i Östersund var begränsad till att enbart vårda cancerpatienter. Övriga enheter hade ingen diagnosbegränsning. Cancer var totalt sett den största diagnosgruppen vid de specialiserade palliativa enheterna.

Genom projektet framträder många styrkor i den specialiserade palliativa vården i Norra sjukvårdsregionen. På de platser där det saknas kontinuitet

i form av exempelvis dygnet-runt-tillgänglighet till specialiserad palliativ kompetens, är förmågan till planering av vården och samverkan med andra vårdgivare generellt god.

SÄRSKILT GOD SAMVERKAN mellan olika vårdgivare ses ju längre från större orter man kommer. Möjliga förklaringar till detta kan vara att personkännedom är större i mindre orter och kommuner, samt att man på dessa platser många gånger erbjuder bättre kontinuitet bland personal.

Det är dock svårt att värdera vårdkvalitet genom sådan samverkan

jämfört med de kvalitetsmått som revisionen har som grund. Revisionens deltagare upplevde att man i dessa mer glesbefolkade områden i högre grad jobbar personcentrerat för att lösa olika vårdssituationer för sin befolkning.

Den mest påtagliga slutsatsen från Kvadratrevisionen är att revisionen i sig har bidragit till positiva effekter inom Norra sjukvårdsregionen, genom tätare samarbeten och fler kontaktytor mellan enheterna.

Fler nätverk har skapats. Trösklarna att besöka varandra, för att inspireras av andras arbetssätt och framgångsrika rutiner, har blivit lägre.

Vi utnyttjar varandras kunskaper inom hela sjukvårdsregionen för kompetenshöjande insatser, och vi företräder ofta hela vår sjukvårdsregion som en röst i nationella frågor.

Exempelvis har enheter i Västerbotten tagit del av rutiner för videokonsultation från Norrbotten, och etablerat dessa arbetssätt i sina verksamheter.

Vi arrangerar över sjukvårdsregionen återkommande digitala föreläsningar med syfte att sprida kunskap inom relevanta ämnen.

KVADRATREVISIONEN blev även ett forum för att hantera frågan hur fler specialister i palliativ medicin ska kunna utbildas, och den avgörande betydelsen av att inrätta en studierektorstjänst inom palliativ medicin för Norra sjukvårdsregionen.

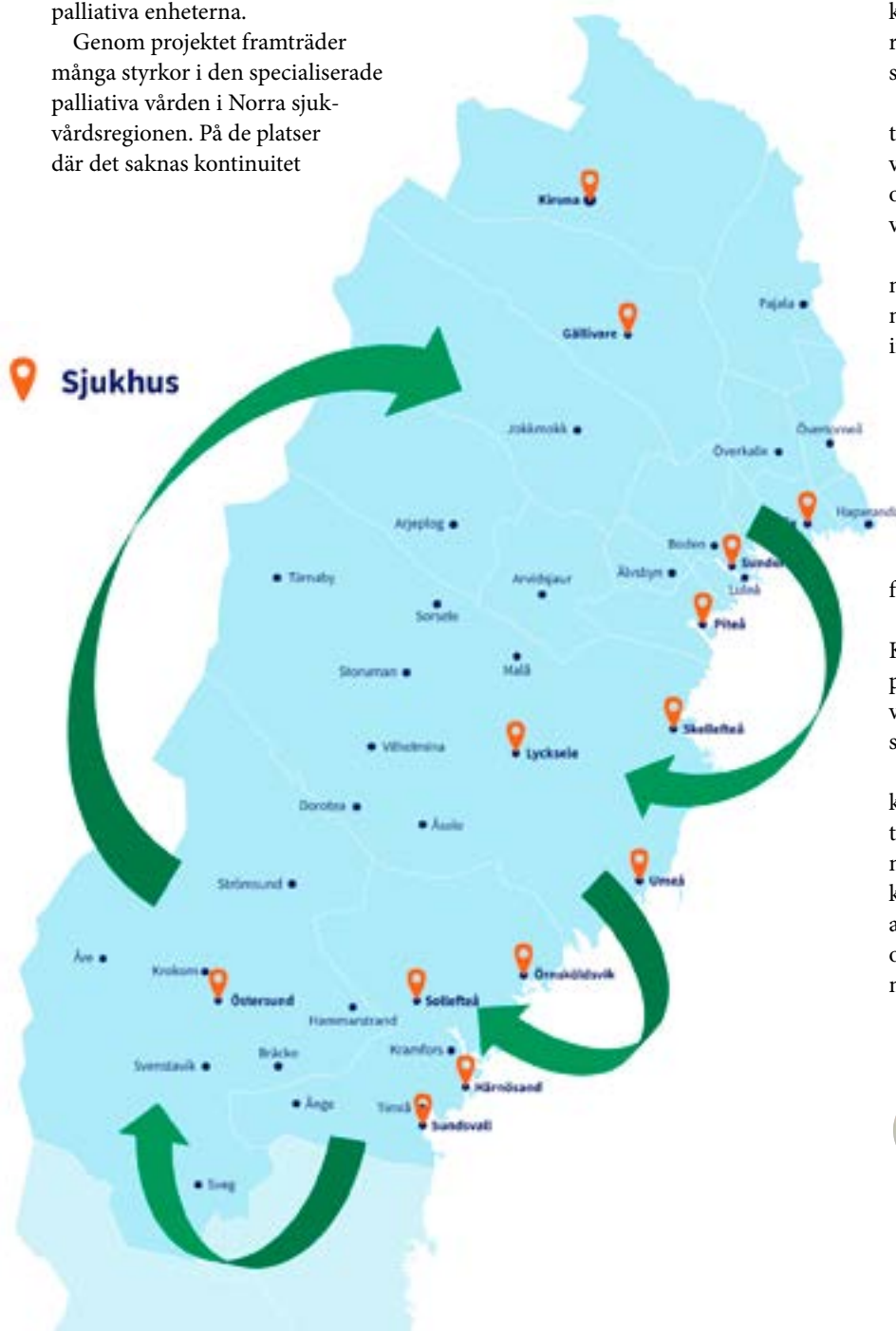
Med några års perspektiv efter att Kvadratrevisionen genomfördes vill jag påstå att själva genomförandet i sig har varit en kvalitetshöjande insats för den specialiserade palliativa vården.

Jag hoppas att vi inom några år ska kunna genomföra ännu en kvadratrevision. Denna gång ytterligare mer välkoordinerad, med utvecklade kvalitetsmått och med ambitionen att ge tydligare svar på frågan hur optimal palliativ vård ska bedrivas där människor bor ”sjukt” gles. ■



Johan Philipson

Specialistsjuksköterska palliativ vård, Palliativ medicin Umeå
Processledare palliativ vård, Regionalt cancercentrum Norr



Ta några kliv i kuratorns skor – tillsammans gör vi skillnad

Samverkansmodellen är prisad. Men det finns ett krux – kuratorer med palliativ kunskap saknas. Det måste vi tillsammans ändra på, skriver Anna Högberg, kurator inom ASIH.

VISST HAR DU som jag varit med när teamets alla professioner används och vi tillsammans kan bidra och göra skillnad i en svår palliativ situation? När kommunikationen oss emellan fungerar optimalt och vi lyckas samverka med patient och anhöriga. Erfarenheten av dessa situationer bär jag med mig och strävar efter att uppnå gång på gång.

Nu vill jag att du för en stund ställer dig i kuratorns skor och tillsammans med mig reflekterar över palliativ vård.

Samverkan nationellt

Vården förändras och utvecklas, och palliativ vård måste följa med.

Behandlingsmöjligheterna blir allt bättre, vilket gör att patienter lever längre med en palliativ sjukdom. Det är heller inte lika tydligt när inriktningen på vården förändras från att bota till att vara palliativ. Hur ska då palliativ vård hävda sin självklara plats och formas utifrån de nya förutsättningarna?

Vi måste tänka nytt och hitta sätt att bedriva palliativ vård i den nya kontexten.

Jag blir glad när jag läser om hur en ny grupp för palliativ hematologi har bildats (PV Nr 1/2025).

Inom ASIH i Stockholm, där jag arbetar, är patienter med både botbara och palliativa sjukdomar inskrivna. Jag kan se hur de akuta insatserna för patienter med botbara sjukdomar ofta måste prioriteras.

Samtidigt blir patienter med sjukdom i ett sent palliativt skede allt färre, varpå patientgrupperna ställs mot varandra. Det gör att den palliativa kompetensen inom teamen minskar när nya medarbetare, utan tidigare palliativ erfarenhet, anställs och sällan får arbeta med palliativ vård.

Inom palliativ vård formuleras och revideras vårdprogram och rutiner. Läser man dessa så är det en bra palliativ vård vi bedriver i Sverige, men skillnaden är stor på det skrivna och på hur verkligheten ser ut, om du frågar mig.

I Nationellt vårdprogram för palliativ vård står att läsa:

”Om teamen används till patienter med botbara sjukdomar riskerar den specifika kompetensen att spädas ut och förloras, på grund av de stora skillnaderna i förhåll-

ningssätt och målsättningar med vården. Prioriteringsmässigt är risken uppenbar att patienter med botbara sjukdomars behov går före.”

Vi behöver alla, oavsett profession, visa på värdet av palliativ vård i vår samverkan med kollegor inom andra specialiteter.

Samverkan regionalt

På den nationella konferensen i Malmö 2023 fick ”Samverkansmodell mellan kommunal primärvård och specialiserad palliativ hemsjukvård i Uppsala län” pris för bästa poster.

Ett fantastiskt arbete låg bakom detta avtal – att få flera kommuner inom en region att enas om hur den specialiserade palliativa vården ska samverka med den allmänna. Jag hade förmånen att läsa utkastens längs med vägen.

Syftet med samverkansmodellen är att säkerställa en personcentrerad, samordnad och jämlik palliativ vård över hela Uppsala län. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns i den kommunala hemsjukvården. Kuratorer finns däremot inga, utom på våra vårdcentraler.

Det gör det svårt att tillgodose de psykosociala behoven inom den allmänna palliativa vården, som ofta bedrivs på våra särskilda boenden och i hemsjukvården.

I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård står det:

”Tillgången till rätt professionella kompetenser inom den kommunala allmänna palliativa vården är central för att patienten och närstående ska kunna få ett stöd som resulterar i så god funktionsförmåga och livskvalitet som möjligt. Detta innebär att fysioterapeut, arbetsterapeut, socionom, psykolog och dietist måste kunna komplettera teamet vid behov, oavsett om patienten vårdas i ordinärt boende eller i särskilt boende. Erfarenhetsmässigt är det framför allt den psykosociala kompetensen och dietiststödet som saknas utanför sjukhuset.”

I samverkansavtalet för Region Uppsala står att läsa:

”Samtliga vård- och omsorgsprofessioner ska kunna ge allmänt psykosocialt stöd utifrån patientens och anhörigas behov.” Det står vidare att ”... utöver det grundläggande stödet kan en socionom inom kommunen eller regionen ge ytterligare viktigt psykosocialt stöd i form av samtalsstöd, information, praktiskt stöd och hjälp i kontakt med exempelvis Försäkringskassan och andra myndigheter.”

Jag ställde under arbetet med avtalet flera gånger frågan – utan att få något svar – om vilken socionom inom kommunen som skulle få detta uppdrag.

Om du lyssnar på SKR:s podd om avtalet så kan du lägga märke till att ordet ”psykosocialt stöd”, liksom professionen ”kurator/socionom” aldrig nämns. Hur är det möjligt i en podd på 1 timme och 10 minuter som diskuterar palliativ vård? Du och jag vet ju att det psykosociala stödet är en viktig del inom palliativ vård. Det handlar både om samtal och praktiskt stöd till patienter, stöd till vuxna och barn som

”Det finns en oro hos mig att samverkansavtalet från Region Uppsala ska bli vägledande över landet.

närstående och stöd till efterlevande

I podden poängteras det att vården ska utgå från individen, att teamet ska byggas runt den specifika patienten och att livet måste få ta plats. Om det då finns behov av psykosocialt stöd som kräver högre kompetens än vad sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter har, hur gör man då?

Det finns en oro hos mig att samverkansavtalet från Region Uppsala ska bli vägledande över landet, och det utan att tillgången till psykosocialt stöd i den kommunala primärvården ses över. Den oron beror inte minst på att samverkansavtalet har fått uppmärksamhet nationellt.

Samverkan inom teamet

Läser vi vårdplaner och riktlinjer benämns personen som ska bidra med det psykosociala stödet på olika sätt. Det talas om psykosocial kompetens, socionom, kurator och numera också legitimerad hälso- och sjukvårdskurator. Där framgår tydligt är att varje profession ska ha grundläggande kunskap i palliativ vård, gärna specialiserad.

Vi kuratorer inom palliativ vård är ofta ensamma i vår profession i teamen. Vi möter mycket oro, ångest och svåra frågor inför en patients sista tid i livet. Vi har ofta också ett stort ansvar för stödet till anhöriga, barn och vuxna, samt till efterlevande. Kuratorn behöver kunskap i palliativ vård!

Socionomutbildningen är en bred utbildning i socialt arbete som sedan några år tillbaka kan kompletteras med

en vidareutbildning till legitimerad hälso- och sjukvårdskurator. Styrelsen i Föreningen för socionomer inom palliativ vård har efter kontakt med lärosätena tyvärr fått veta att palliativ vård inte finns med som ämne på alla orter.

Jag tror att det är viktigt att vi tillsammans – i hela teamet – arbetar för att det ska finnas psykosocial kompetens, både inom specialiserad och allmän palliativ vård.

Det bör då inte enbart vara professionen socionom, utan en yrkesperson med psykosocial kompetens som har kunskap i palliativ vård, och är rustad att möta människor i livets slut.

Det går inte bara att be en socionom som arbetar i kommunen att tillfälligt komplettera teamet.

Vi kuratorer kan inte själva arbeta för att visa på behovet av psykosocial kompetens inom specialiserad och allmän palliativ vård. Du och jag, oavsett vilken profession vi har, behöver tillsammans utgå från våra patienter och deras familjers behov. Det är i samverkan i ett team med god palliativ kompetens som vi når längst och kan ge en god palliativ vård. ■



Anna Högberg

är socionom och leg hälso- och sjukvårdskurator inom palliativ vård – tidigare vid Palliativt centrum i Uppsala, i dag vid ASIH Danderyd, Region Stockholm. Hon är även ledamot i styrelsen för Föreningen för socionomer inom palliativ vård.



Anette Alvariza illustrerar det populära ordspråket inom palliativ vård: "Palliative care is the umbrella, not the rain."

Foto: Anna Käggström

Anette Alvariza:

"Närstående behöver att vi orkar lyssna"

Anette Alvariza har alltid dragits till intensiteten nära döden. Att som personal då våga stå kvar i de starka känslorna är – enligt hennes forskning – precis vad närstående behöver.

MARIE CEDERSCHIÖLDS HÖGSKOLA står som en enorm spejare och blickar ut över Stockholm från Söders höjder. Inne i en tom föreläsningssal sitter Anette Alvariza och talar med glöd om möjligheterna att göra skillnad vid livets slut. Som att kunna lyssna.

– Vid livets slut kommer allt upp till ytan. Det kan vara alltifrån: "Varför har jag drabbats?" till skamliga tankar hos närstående som: "Om han bara hade skött sig hade han kanske inte blivit sjuk". Det kan också vara ilska hos närstående för att ens eget liv har blivit satt på paus: "Jag skulle ju resa runt i Europa!" Också känslor av kärlek blir så tydliga, betydelsen av att få dela det svåra tillsammans, att finnas för den andra, liksom sorgen över att förlora en gemensam framtid.

Som forskare har hon särskilt undersökt hur detta lyssnande kan göra skillnad för närstående.

– Både min erfarenhet och forskning kring närstående visar att närstående har svårt att hitta någon som orkar

lyssna till dem. Särskilt om de svåra, "fula" känslorna: ångest, oro, sorg, skuld, skam... Att då få säga det till någon har en otrolig betydelse.

EFTER 32 ÅR som verksam på olika vis inom palliativ vård vet Anette Alvariza att denne "någon" ofta blir en sjuksköterska eller undersköterska. För den som blir erbjuden ett sådant förtroende gäller det att ha kunskap och mod att stå kvar, och verkligen lyssna. Men hur gör man det på ett sätt som är stödjande och bra?

– Det är en vanlig fråga jag får från sjuksköterskestudenter och andra kollegor. Sjuksköterskerollen handlar ju så mycket om ett "görande". Det innebär att många tror att de måste "göra" mycket under ett samtal också. Men ofta är det viktigaste stödet att vara tyst, och visa att man vågar ta emot det en närstående eller patient vill säga.

Och så återger hon vittnesmålet från en ASIH-sjuksköterska, som – lite stressad – höll på att packa ihop CVK-utrustningen inne hos en patient. Samtidigt pratade patienten

med henne. Sjuksköterskan tyckte själv att hon lyssnade för okoncentrerat och gjorde "en dålig insats", men när hon skulle gå sa patienten: "Vad modig du var som vågade lyssna på mig."

– Det ser jag också i min forskning: När vi håller på med något praktiskt, det är då samtalen kommer.

Anette Alvarizas nyfikenhet på stödjande samtal – inklusive aktivt lyssnande och fördjupande följdfrågor – är grunden för en stor del av hennes forskning; ofta via olika interventionsstudier.

EN SÅDAN STUDIE är interventionen som kallas CSNAT-I, ett stöd till närstående i en personcentrerad process, som uppmuntrar personal till just en lyssnande roll. I stället får den närstående utrymme att berätta vad som är viktigt.

– En av de sjuksköterskor som deltog i studien sa efteråt att den nya kunskapen inneburit att hon faktiskt börjat kunna ta ett steg tillbaka, och lyssna mer aktivt. Det fina är att det i sig gör att vården kan bli mer proaktiv. Om man tidigt får veta vad en närstående

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►

oroar sig för kan man ju förebygga det, i stället för att lindra något som redan har hänt.

Den stora gruppen av närstående var länge den mest utforskade team-medlemmen inom palliativ vård. När Anette Alvariza lade fram sin doktorsavhandling 2012 var närståendestudier under pågående vårdtid ännu få. Sedan dess har fältet växt:

– Förhoppningsvis kan forskningen bidra till att stöd utvecklas mer i klinisk verksamhet. Det kanske i sin tur kan bidra till att vård i hemmet faktiskt är genomförbart utan att närstående helt slits ut. Stöd till närstående kan också bidra till att patienter känner sig lugnare och tryggare, och att känslor av skuld och att vara belastande lindras.

NÄRSTÅENDE BRUKAR kallas "Sveriges främste vårdgivare", men också en "potentiell framtida patient". Att hitta nycklar till ett effektivt stöd för närstående kan därför ge hälsovinster både i nuet och framtiden.

En ytterligare aspekt i dag – när allt fler lever allt längre, även med palliativa vårdbehov – är hur tidigt man som vårdpersonal egentligen ska "ta in döden i rummet"?

– Min vision är att begreppet "palliativ vård" inte ska skrämja, utan tvärtom signalera omtanke, värdighet, tillit, livskvalitet, professionalitet och kvalitet. Men hur gör vi det? Är det genom att förmedla att döden finns i rummet när det finns en förväntad livslängd på fem till tio år? För en del går det nog, men inte för alla. Därför behövs en oerhörd lyhördhet och öppenhet för att inte vilja tala om det. Trots att all forskning i dag visar att vi mår bättre om vi pratar om döden.

YTTERLIGARE EN UTMANING för vården är att nå de närstående som av olika skäl – klass, kultur, kön – inte känner sig bekväma med eller förmår att prata om det svåra. Till gruppsamtal kommer främst kvinnor; männen är svårare att nå.

Det var ett av skälen till att Anette Alvariza och hennes medforskare skapade narstaende.se, en webbplats där närstående kan få information och stöd via 23 olika kortfilmer som visar samtal mellan närstående och vårdpersonal.

Webbplatsen baseras på tidigare forskning och samtalen handlar om det som närstående ofta har frågor och tankar kring.

– Tanken var just att nå brett, och att sänka tröskeln för att få kunskap och närma sig ämnen som kan vara svåra. Det man också får, utöver mer egen kontroll, är ett tydligt personcentrerat stöd, eftersom man som användare själv väljer vad man klickar på. Och könsfördelningen på besökarna är jämn. Däremot vet vi att de som deltar i snitt tillhör de lite mer utbildade i befolkningen.

– I nuläget söker vi nya forskningsmedel för ett projekt där vi vill prova att integrera webbsidan i daglig klinisk vård. Tanken är att närstående och vårdpersonal ska hitta underlag för samtal via filmerna.

KANSKE BEROR FORSKAREN Anette Alvarizas förkärlek för interventioner på att hon är kliniker in i märgen. Så pass att hon under sina första tio år inom akademien arbetade extra som sjuksköterska, varje söndag.

Till en början berodde det på en "kraftig separationsångest" från vården. Efter hand, och som nyskild, fanns också ekonomiska skäl att extrajobba.

– I dag inser jag att det kanske var orimligt. På min lediga lördag städade jag, tvättade och handlade, och tog hand om mina tre barn. Det var en otrolig personlig seger när jag disputerade, även om jag älskade min doktoranttid.

Som liten flicka växte Anette Alvariza upp på landet, vid farfar och farmors bondgård utanför Enköping.

Tomten där familjen bodde var en slags försoningsgåva från farfar till Anettes pappa, som – trots läshuvud – fick hoppa av skolan efter sju år för att arbeta på gården.

Anette var en "typisk storasyster" till sina två år yngre tvillingbröder.

– Jag tror att det är grunden till mitt behov av gemenskap genom livet. Mina bröder var ju alltid tillsammans, och jag var dessutom tjej.

Pappa tog så småningom över en begravningsbyrå i stan. Mamma blev barnmorska. Liv och död som tema har alltså funnits närvarande under större delen av Anette Alvarizas liv.

– Det var inget min pappa pratade om i detalj, men jag visste ju att hans jobb innebar att han ständigt mötte sorg och död. Det kunde vara väldigt traumatiska händelser, speciellt i samband med oväntade dödsfall, som vid olyckor och suicid. Men han fick också dela många fina upplevelser med människor.

EFTER STUDENTEN HAMNADE Anette – mer av en slump – i Stockholm, och på Stureby sjukhem. Så utbildade hon sig: till vårdbiträde, undersköterska och till sjuksköterska vid Röda Korsets högskola.

Hon arbetade en tid på hjärtintensiven, men fann snart – som färdig sjuksköterska – sin plats inom slutenvård och ASI-hus på Dalens sjukhus. Så småningom blev hon också specialistsjuksköterska inom cancervård.

– Jag älskar fortfarande sjukhuskorridorer. Jag skulle kunna gå in på vilket rum som helst och veta vad jag skulle göra och säga. I forskningsvärlden

Anette Alvariza om...

... sin starka identitet som sjuksköterska: För mig handlar det om en stolthet att vara den som har kunskap, både praktisk, teoretisk och den jag har förvärvat personligen. Jag tror att sjuksköterskor generellt tycker om att göra saker för andra. I det finns en väldigt stark bekräftelse: "Jag kan bidra till att ditt liv, trots allt, blir bättre."

... "närstående" eller "anhörig": Jag har bestämt mig för att alltid använda "närstående". För mig är det ett mer inkluderande begrepp, alltså att det är en människa som personen som är sjuk anser står nära. Det är också den definition som används i alla palliativa vårddokument. Precis som med begreppet "patient" handlar det om en person. Det är vi, alla – imorgon kan det vara du."

... "palliativ vård" i stället för "den palliativa vården": Det senare indikerar att palliativ vård är något som står vid sidan om, och som inte kan bedrivas överallt – vilket det ju ska i dag. Alltså är det korrekta begreppet i obestämd form: palliativ vård."

Anette Alvariza

Bor: Stockholm.

Familj: Make och tre vuxna barn i åldrarna 31, 29 och 24 år.

Gör: Professor i palliativ vård och omvårdnadsforskare, Marie Cederschiölds högskola och Stockholms sjukhem, samt vetenskaplig ledare för Palliativt Kunskapscentrum i Stockholm.

Därutöver: Med i Socialstyrelsens sk prioritetsgrupp, som ska banta ner 19 nationella riktlinjer till nio. Hon sitter också med i den arbetsgrupp som ska uppdatera Socialstyrelsens termbank för palliativ vård. Resultat för båda uppdragen ska redovisas i december.

vrider och vänder man på precis allt, vilket i sig är roligt – men det är en mer allmänt osäker tillvaro.

EFTER ETT LÅNGT yrkesliv som handlat om att lindra symtom och främja livskvaliteten in till den planerade döden, drabbades Anette Alvariza själv av plötslig död i familjen. På besök hemma i Enköping, tillsammans med sina barn och sin man, föll hennes 74-åriga pappa plötsligt ihop och dog i hjärtstopp.

– Det var oerhört traumatiskt, och den hittills svåraste upplevelsen i mitt liv. Samtidigt är det en erfarenhet som givit mig ännu mer kraft att arbeta för att patienter och närstående ska kunna få stöd att förbereda sig inför döden. Nu för tiden kan jag ibland berätta om det när jag föreläser, som en kontrast mot det förväntade dödsfallet.

Som professor är Anette Alvarizas plats i det nationella nätverket kring palliativ vård självklar. Samtidigt är den kringskuren av samma brist på jämställdhet som gäller akademien – och vårdvärlden – i stort.

– Jag tänker att sjuksköterskor och omvårdnadsforskning kan ta mer plats i samhällsdebatten. Vi är många och har en stark röst, och den behöver höras mer jämsides med medicin för att värna och utveckla framtidens palliativa vård.

Nu i höst ingår Anette Alvariza i den grupp från PKC, som tillsammans med personer från Marie Cederschiöld högskola och Stockholms sjukhem planerar



Foto: Anna Kågström

årets Nationella konferens i palliativ vård, den 18–19 november i Stockholm.

ANETTE ALVARIZA ÄR med i den vetenskapliga kommittén, och moderator för sessionerna "Omvårdnad i livets slut" och "Sorg före dödsfallet", som bland annat behandlar det relativt obeforskade ämnet sorg ur patientens perspektiv.

Under sessionen "Omvårdnad vid livets slut" ska det finlir som krävs av teamet lyftas: Vad gagnar patienten bäst just nu? Ska vi verkligen fortsätta med munvård som tidigare, trots patientens uppenbara obehag? Och kan positioneringskuddar ersätta vändningar?

– Det brukar kallas för basalt omvårdnad, men det finns inget basalt med omvårdnad vid livets slut. Det är ett otroligt komplext arbete, med många svåra beslut, och som också kräver kommunikation med närstående så att de inte behöver undra: "Varför gör personalen ingen munvård? Och varför håller de bara på med den där lilla kudden?"

Vad gäller framtida forskning kring närstående hoppas Anette Alvariza på ännu mer forskning om samspelet mel-

lan närstående i en familj, och på hur närstående kan ge stöd till varandra.

– Jag tror ju mycket på forskning som görs direkt på klinik, och i samarbete med dem som arbetar på vård- och omsorgsplatser. Förr ansågs det oetiskt att ställa frågor till människor så nära döden. I dag vet vi att många närstående gärna deltar. Forskning och egna erfarenheter visar att också patienter gärna deltar, trots svår sjukdom.

EN MINORITET AV dödsfallen i Sverige sker i dag inom den specialiserade palliativa vården. Patienter med cancerdiagnoser dominerar.

– Jag är väl medveten om att specialiserad palliativ vård är en privilegierad vårdform. Det är därför det är så viktigt att sprida kunskap om ett palliativt förhållningssätt så att det finns överallt där patienter med palliativa vårdbehov finns. Och så att vi inom vården kan stå där, med all vår kunskap och erfarenhet, och göra skillnad. Det finns en sådan enorm kraft i det uppdraget. ■

Anna Kågström

Min vårdvardag:

”Jag älskar mitt jobb – men avskyr dåliga lösningar”

Flygande datorer, hot om våld och svajig kontakt med journalsystemet. Varför går vi med på att arbeta under så osäkra förhållanden? undrar Ursula Scheibling.

NIKÄNNER KANSKE igen situationen: Du är på en fest eller i ett annat socialt sammanhang och får frågan: ”Och vad jobbar du med?” Du svarar något i stil med: ”Jo, jag jobbar med palliativ vård”. Reaktion: Tystnad, och en lätt bekymrad min, följt av repliken: ”Oj, det måste vara väldigt jobbigt”.

Trots många års erfarenhet av sådana samtal har jag ännu inte hittat ett riktigt bra svar. Jag vill ju svara att mitt jobb är både roligt, utmanande och givande – men riskerar jag då att uppfattas som om jag saknar respekt för min svåra uppgift, ja, som rentav cynisk? Jag kan ju inte tänka mig ett bättre jobb!

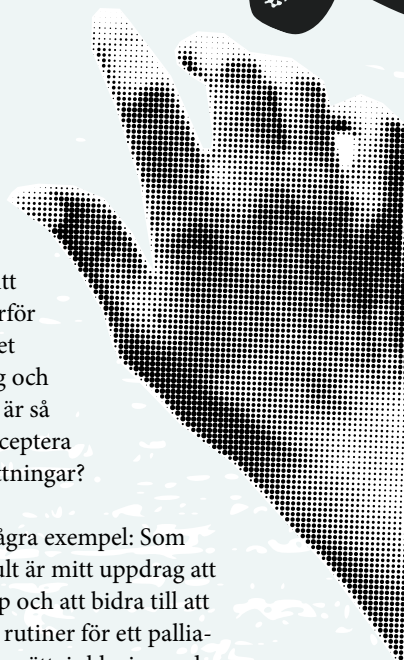
Det som sänker min arbetsglädje är ju sällan möten med patienter. Det är snarare de ofta undermåliga förutsättningar som jag och mina kollegor har för att skapa värdefull vård för våra

”Tänk, om den där datorn då skulle flyga runt i bilen och riskera att skada alla närvarande?”

patienter. En mer väsentlig fråga kring mitt jobb borde därför vara: Vad är det som gör att jag och mina kollegor är så ”bra” på att acceptera dåliga förutsättningar?

LÅT MIG GE några exempel: Som palliativ konsult är mitt uppdrag att sprida kunskap och att bidra till att implementera rutiner för ett palliativt förhållningssätt, inklusive goda symtomlindringsstrategier. Överlag upplever jag både en god vilja och lyhördhet hos mina kollegor inom den allmänna palliativa vården.

Sedan kommer ett stort MEN, och som kan förpesta vilken trevlig arbetsdag som helst: Att strax bevitna hur dessa engagerade kollegor inte har





tid att verkställa våra förslag och planer. Att konstatera att patienten därför – och tyvärr – inte hinner få det viktiga ”Samtal vid allvarlig sjukdom” eller att en vårdplanering genomförs på ett proaktivt och för patienten värdigt sätt. Att konstatera att vårdplatsbristen gör att snabba utskrivningar måste prioriteras före proaktiva samtal och vård.

Liksom att inse att en medicinsk bedömning samt ett inkluderande samtal med patienten tar en stund, men att resten av förmiddagen trots detta ägnas åt att försöka hitta lösningar för att kunna genomföra det som bedöms vara till gagn för patienten och närstående. Det är en påfrestande arbetsmiljö för mig.

Allt sådant gör ont i hjärtat. För ett är säkert – när en patient inte har fått adekvat hjälp och därför snart återkommer till vården är också vi (läs konsultteamet) där igen...

DET FINNS OCKSÅ

arbetsmiljöproblem av det mer udda slaget. Som min kloka kollega, med lång erfarenhet av att jobba inom akutsjukvård och som ambulanssköterska, har satt fingret på: Hur klokt är det egentligen att läkare under resor till och från patientens hem sitter med sin laptop i knäet och försöker spara tid genom att dokumentera eller remissgranska på resan?

Tänk, om det skulle ske en olycka, och den där datorn då skulle flyga runt i bilen och riskera att skada alla närvarande? För ambulansfärder finns ju annars regler som säger att allt löst måste vara säkrat precis av den anledningen.

Min kollega tog därför upp frågan som ett arbetsmiljöproblem på APT. Olika enheter kontaktades, men utan att någon lösning presenterades. Så hemsjukvårdresorna fortsätter som vanligt.

Ett annat, allvarligt, arbetsmiljöproblem finns inom hemsjukvården. Hur medvetna riskbedömningar gör

vi egentligen när en personal nattetid åker ut ensam till avlägsna områden med narkotika i sin bil och väska? Och hur medvetna är vi om risken för hot och våld när vi accepterar remisser för fortsatt omhändertagande?

Som tur är händer det mycket sällan, men det förekommer att patienter flyttar till våra avdelningar eller att vi tar över ansvar för fortsatt vård i hemmet – och att det kort därefter framkommer att det finns tidigare kända hot om våld; antingen från patienten själv eller från närstående.

IBLAND HAR HOTEN och våldet till och med varit av en sådan grad att det bedömts att ambulanspersonal endast får åka till adressen med polisbeskydd. Och då har vår sjuksköterska redan åkt dit ensam!

Det kan också handla om att en patient har blivit överflyttad till vår avdelning, utan att vi har hunnit ordna med nödvändigt stöd av ordningsvakten och rutiner för besök från eventuellt hotfulla närstående.

Varför går vi med på att arbeta under så osäkra förhållanden?

Ytterligare en ”dipp” för den arbetsglädje jag innerst inne känner är hur uppfinningsrik man måste vara när man – i bästa fall med en bärbar dator – försöker att koppla upp sig mot regionens IT-system, utanför regionens eget nätverk. Särskilt som en inbyggd uppkoppling mot nätet saknas.

Eller att se hur våra sjuksköterskor i mobila team, inom såväl allmän som specialiserad hemsjukvård, förväntas kunna möta patientens behov vid akut försämring – utan tillgång till journal-systemet.

Jag minns tydligt hur en patientrepresentant under ett möte inte trodde att det var sant att vi på 2000-talet fortfarande försöker att hålla alla papper hemma hos patienten uppdaterade, liksom att vi behöver skicka ett utskrivet brev till kollegor som inte har samma IT-system!

Jag tänker att det är på tiden att vi höjer våra röster och är mer osvenskt tydliga i våra krav på en rimlig arbetsmiljö. Det kommer ju inte enbart att gynna oss, utan i slutändan även patient och närstående.

HUR? GENOM ATT hjälpas åt att inte resignera och acceptera, utan att lugnt och sakligt uppmärksamma dessa brister via avvikelssystem och i möten med ledningar. Allt medan vi fortsätter att hjälpas åt att vara uthålliga och uppfinningsrika, och leva med bristerna. För mig får det gärna kryddas med en stor dos svart humor. ■



Ursula Scheibling

har i flera år arbetat som överläkare vid Palliativa rådgivningsteamet i Region Västmanland. Nu har hon precis tillträtt en tjänst vid Palliativ Utvecklingscentrum Lund. Hon är även ordförande i Nationell arbetsgrupp för Palliativ Vård (NAG) och ingår i denna tidnings redaktionsråd.

Vad älskar du, och vad står du inte ut med i din arbetsmiljö? Dela gärna med dig av utmaningar – och kloka lösningar, tips och tricks! Mejla under rubriken ”Vårdvardag” till: tidskriften@nrpv.se



Illustration: Stock.adobe.com

Ullakarin Nyberg: ”Det behövs en särskild rutin för män”

Nära sju av tio som tar sitt liv i Sverige är män. I en ny bok föreslår psykiatern Ullakarin Nyberg och psykologen Anna Lagerblad en ”manlig rutin” för vården.

Din och psykologen Anna Lagerblads färskaste bok, ”Den livsfarliga tystnaden”, handlar om mäns oförmåga att berätta om sin psykiska ohälsa – och om vårdens oförmåga att lyssna och ställa frågor som underlättar männens berättelser. Vad beror den på?

– Till dels på att psykologin har blivit en kvinnlig domän. Kvinnor har fått lära sig att prata om sitt psykiska lidande. Det är inte alls förenat med samma prestigeförlust som det är för män. Även diagnoskriterierna för depression utgår från ett kvinnligt perspektiv. Det innebär att vi aktivt måste leta efter de här männen, lyssna och ställa frågor till män på ett annat sätt. Och inte titta så mycket på traditionella diagnoskriterier, utan vara mer nyfiken utforskande-

Ni menar att det behövs ett slags ”mansrutin” för vården?

– Ja, man kan inte lämna det här till enskilda medarbetare och improvisation. Vi måste helt enkelt börja jobba aktivt för att upptäcka de här männen, och sedan erbjuda en behandling som de vill ha.

– Många män i den här situationen skäms. Alltså bör man börja med att hjälpa mannen att återupprätta hans självkänsla. Man kan exempelvis be honom att berätta om sig själv, och vem han är när han mår bra, lyfta hans kompetens och få honom att känna sig som expert på sig och sitt.

Det är lite som att man ska ”curla” männen?

– Jag tycker inte att det är rätt ord.

Man ska respektera, försöka förstå och intressera sig för de skillnader mellan kvinnor och män som faktiskt



Ullakarin Nyberg

finns i vårt jämställda samhälle, och som vi ofta bortser ifrån. På gruppnivå fungerar vi inte på samma sätt.

– Det handlar inte om någon större förändring, utan snarare om att lägga till: ”Om din patient är man – tänk på att han kan ha problem att formulera sina känslor”. Vi inom vården

är normalt väldigt duktiga på att anpassa oss efter våra patienter och deras specifika behov. Vi behöver också inkludera könsaspekten i den anpassningen.

Vilka fler hinder än okunskap för att fånga upp mäns psykiska lidande kan det finnas inom vården?

– Vi vet via forskning att en man som uttrycker psykiskt lidande – till exempel gråter högt – kan väcka förakt. I stället för omsorg kan en sådan man mötas av en klapp i ryggen eller som en man i boken berättar att en vårdkontakt inom psykiatri bemötte hans förtvivlan och suicidalitet: ”Vill du kila runt hörnet, eller?” Det hjälpsamma är att normalisera och visa engagemang: ”När man tänker på självmord som en utväg brukar det betyda att man har det väldigt svårt. Är det så för dig?”

I boken poängterar ni att de allra svåraste att nå är lågutbildade män med låg kunskap om psykisk ohälsa. Hur kan vården fånga upp de männen?

– Det är delvis en kompetensfråga. Man vet att nästan alla som tar sitt liv har en vårdkontakt eller en annan professionell kontakt, och där är vår ingång. Det kan vara inom socialtjänsten, beroendevården, kriminalvården och inte minst inom primärvården. Om man utbildar på bred front med

Kunskap, råd & berättelser

”Den livsfarliga tystnaden och männen som vågar bryta den” (Natur och Kultur, 2025)

Författare: Anna Lagerblad, psykolog, verksam inom högspecialiserad vård, och journalist samt Ullakarin Nyberg, psykiater, suicidforskare och författare. I boken varvas berättelser från tolv män om hur de har mörkat och hanterat sin psykiska ohälsa med kunskap och praktiska råd till både drabbade, yrkesverksamma och närstående.



att upptäcka personer som mår så psykiskt dåligt att de tänker på självmord som en utväg, då kan man få tag i de här männen.

Om då läkaren på Vårdcentralen är en man, som själv är ”stum” i sin manlighet och som möter en ”stum” manlig patient, hur blir det mötet?

– Då kan det förstås bli väldigt stumt. Det är därför det är så viktigt med utbildning. När jag föreläser säger jag alltid till männen i publiken att de har ett särskilt ansvar att fungera som förebilder. Om de exempelvis säger till en nedstämd och ångestfylld man att: ”Vad starkt av dig att berätta det här”, kommer det att sprida sig som ringar på vattnet.

– Kontakten med mansjouren har ju ökat med 300 procent på senare år, så

behovet finns. Och det är inte svårare att hjälpa en man än en kvinna, bara det görs på rätt sätt.

Vad är utmärkande för männen i er bok som har vågat bryta tystnaden?

– Att de har känt skam, bitit ihop och kommit till vägs ände. Och då har man två val: Antingen avslutar man livet eller så gör man något för att förändra. Tack och lov har självbevarelsedriften vägt högre än att slippa lidandet genom att ta sitt liv hos de här männen.

Problemet med män som går under radarn är känt sedan länge. Varför har inte vården tidigare hittat nya arbetssätt?

– De män som mår dåligt skäms, och då är det svårt att berätta. Det gör att de undersökningar vi gör på befolkningsnivå förmodligen underskattar mäns psykiska ohälsa. Finns det inga siffror på problemet, är det också svårare att anpassa insatserna.

– Det är också så mycket lättare att hjälpa någon som ber om hjälp, och kan uttrycka vad de känner. Många män fortsätter att vara kognitivt fungerande, går till jobbet och lurar alla. Först i efterhand kan man se att de har haft ett svårt lidande – och att ingen har förstått dem. De har kämpat på, de har tigit och de har lidit, och det tycker jag är väldigt sorgligt. ■

Anna Kågström

Lär mer under lunchen

Hösten 2025 ger Betaniastiftelsen och Nationella Rådet för Palliativ Vård (NRPV) fortsatt kostnadsfria lunchseminarier om palliativ vård.

När: Tisdag 21 oktober kl 12:30–13:00.

Hur: Anmäl dig för att få tillgång till Zoom-länken via www.betaniastiftelsen.nu

Kostnad: Gratis!

21 oktober

Samtal vid allvarlig sjukdom

Föreläsare: Överläkare Helene Reimertz och sjuksköterskan Petronella Hesslind-Mowday, båda vid Palliativt centrum för samskapad vård i Kronoberg.



SONJA, 77 ÅR

Sonja, svårt sjuk i cancer och Alzheimers sjukdom, vill behålla sin frihet i hemmet. Men hur ska vårdpersonalen tänka kring dubbelsängen? Och om Sonjas rykande cigaretter?

SONJA, 77 ÅR, är ensamboende i sin villa sedan många år. Hona har en särbo Bengt, som bor i en annan del av landet, men kommer på besök och bor över några dagar varje månad.

Sedan något år tillbaka har det upptäckts via vårdcentralen att Sonja har en begynnande kognitiv svikt som utretts på minnesmottagningen, och hon har precis fått diagnos Alzheimers sjukdom. Distriktssköterska kommer därför på besök en gång i veckan och delar dosett. Hemtjänst bistår 3 ggr/dag med stödbesök för påminnelse om att ta läkemedel, men även med morgonhygien och duschhjälp en gång i veckan.

Efter en tids avtackling med ökande trötthet och andfåddhet så fort Sonja rör sig hamnar hon akut på sjukhus. Efter utredning konstateras spridd lungcancer och en komplex symptombild med smärta, illamående och proppbildning.

Bedömningen från onkologen är att hennes tillstånd är för skört för att hon ska kunna få bromsande behandling. I stället bör lindring av symtom och livskvalitet vara i fokus.

Sonja säger sig ha acceptans för sin palliativa situation, men lider av smärtan och illamåendet, och önskar att få må så bra som möjligt den tid hon har kvar. Sonja skrivs ut till korttidsboende och får där stöd med läkemedelsjuste-

ringar av ett palliativt team.

Efter ett tag mår Sonja väsentligen bättre, och önskar att få komma hem. Hon bedöms inte behöva några extra hjälpmedel, men personalen på korttidsboendet är ändå oroliga för hur hon ska klara sig. De tycker att Sonja återkommande har överskattat sin förmåga. Exempelvis har hon tackat nej till stöd med dusch, men sedan behövt larma då hon inte har rätt ut att genomföra aktiviteten. Hon säger nu att hon vill sköta sina mediciner själv när hon kommer hem.

När arbetsterapeuten möter upp Sonja i hemmet för att stämma av det praktiska är Sonja helt oförstående inför att hon skulle behöva extra stöd. På frågan om vad som är bäst med att komma hem svarar hon bestämt: Friheten.

De första dagarna hemma har Sonja nästan samma aktivitetsmönster och aktivitetsutförande som före sjukhusvistelsen, men när en vecka har gått börjar Sonja försämrats i sitt mående. Hennes uthållighet i aktivitet minskar, hon blir andfådd för minsta lilla och behöver hjälp i alla vardagens aktiviteter. Samtidigt varierar måendet – vissa dagar är hon uppegående i hemmet med rullator, andra dagar kan hon knappt komma ur sängen. Insatserna från hemtjänsten blir därför fler.

Snart rapporterar hemtjänstpersonalen att det finner Sonja sovandes i sin

fåtölj eller i sin säng vid varje besök de kommer. Hon tar inte mediciner – om inte personalen överränner dem – och lunchen står ofta kvar orörd... Detta trots att särbon Bengt har varit på besök några dagar och bidragit med guldkant i tillvaron, som kärleksfull omsorg och uppskattade rullstolspromenader.

Eftersom hemtjänstpersonalen har svårt att hjälpa Sonja ur sängen under hennes sämre dagar lyfts frågan om vårdsäng. Arbetsterapeuten kopplas in för att bedöma behovet och diskutera vidare med Sonja.

När arbetsterapeuten kommer sitter Sonja mycket riktigt och dåsar i sin fåtölj med en halvrukt cigarett framför sig på askfatet på rollatorn. Sonja tar rollatorn och visar runt i hemmet.

Hon pratar varmt om den ”gamla trotjänaren”, dubbelsängen som hon har haft i 30 år, och som hon sover så gott i. Det var till dubbelsängen hon längtade när hon var på korttidshemmet. Och var ska Bengt sova när han kommer på besök om hon inte har sin dubbelsäng? Sonja säger upprört: ”Den tar ni väl inte ifrån mig?”

På frågan om det finns någon aktivitet hon längtar efter eller något som skulle ge henne glädje pratar Sonja om att göra en utflykt till sina barn-domstrakter. En sista gång vill hon vandra på de stigar hon och bröderna sprang på som barn. Sonja målar upp

ett drömskt scenario om en lättsam barndom med strövtåg i bokskog, och ner till en glittrande badsjö.

Arbetsterapeuten noterar att hemtjänsten har ett tillsynsbesök om en halvtimme och tänker att Sonja nog behöver vila lite i fätöljen. Sonja ber då att få tändaren från köksbordet: "Jag ska röka när du har gått." Samtidigt klipper hon med ögonen och verkar åter ha tappat orken.

Arbetsterapeuten räcker tveksamt över tändaren och kommenterar att Sonja får vara rädd om sig så att hon inte somnar ifrån en tänd cigarett. Sonja himlar med ögonen och tänder cigarett. ■

Några frågor att fundera över:

- Hur ska arbetsterapeuten tänka kring vårdsängsfrågan? Vilka möjligheter finns om en person väldigt gärna vill ha kvar sin säng, samtidigt som det innebär ett arbetsmiljöproblem för personalen?
- Behöver den palliativa vården planeras annorlunda med tanke på Sonjas kognitiva sjukdom, jämfört med om hon enbart haft en cancerdiagnos?
- Vilket ansvar har vårdpersonal kring rökning?

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET



Hur ser trender och utveckling ut inom palliativ vård?

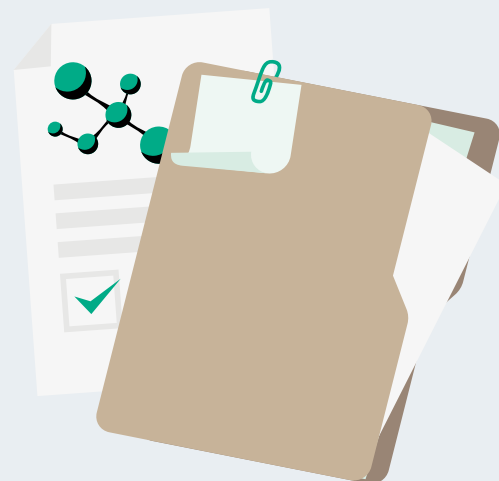
Nu är årsrapporten för 2024 publicerad på hemsidan!

Hämta ditt exemplar!

www.palliativregistret.se

Lovande med strålning mot smärta

Smärta är ett ofta svårbehandlat problem vid cancer i bukspottskörteln. En ny och lovande studie visar på hjälp via strålning. Nu behövs fler uppföljande studier.



BAKGRUND

Cancer i bukspottskörteln är den sjunde vanligaste cancerformen som orsakar dödsfall globalt. Smärta är ett mycket vanligt och svårbehandlat problem vid denna cancerform, då cancer ofta växer in i ett närliggande komplex av nervtrådar. Smärtan brukar vara lokaliserad högt i magen och stråla ut mot ryggen.

Flera olika behandlingsmetoder kan provas mot smärtan, exempelvis opiater, nervblockader och läkemedel som kan påverka cancer, men detta brukar ofta vara otillräckligt för att uppnå en god smärtekontroll.

Tidigare försök att behandla cancer i bukspottskörteln med strålbehandling har inte kunnat påvisa någon betydande fördel vad gäller att bromsa sjukdomen och förbättra överlevnaden. Dock finns det i tidigare studier en antydning om att strålbehandling skulle kunna vara effektivt mot smärta. Författarna av den refererade artikeln ville därför undersöka om palliativ strålbehandling mot tumören kan ge en minskad smärta och förbättrad livskvalitet.

METOD

Studien undersökte effekten av strålbehandling mot cancer i bukspottskörteln i en prospektiv fas 2-studie, som inte var randomiserad. 30 patienter med cancer i bukspottskörteln och medelkraftig till kraftig smärta, trots smärtlindring, inbjöds till studien.

Strålbehandlingen innebar 8 Gray givet mot tumören en gång i veckan, och i sammanlagt tre veckor, till slutdos 24 Gray. Patienterna träffade strålonkolog inför dos 2 och 3 för

värdering om dosen skulle ges.

Alla patienter fick läkemedel mot illamående samt läkemedel för mag-skydd med protonpumpshämmare. Förekomst av behandlingsrelaterade biverkningar (från grad 1 till 5) noterades. Uppföljning av smärta, livskvalitet och överlevnad gjordes i efterförloppet.

RESULTAT

Av de 30 inkluderade patienterna erhöll 29 strålbehandling, då en hann avlida innan behandlingen började.

21 patienter erhöll alla tre veckovisa behandlingar, medan 4 enbart erhöll en dos och 4 enbart två doser. För dem som avbröt behandlingen berodde detta på klinisk försämring eller tumörprogress.

Utvärdering efter genomförd behandling visade förbättringar i patienternas mående. Användandet av opiater minskade signifikant efter strålbehandlingen, från oral morfin-ekvivalent daglig dos 129,5 mg till 75,0 mg.

Patienterna rapporterade även en signifikant minskning av smärta (från 5,9 till 3,8 poäng) och ökning av livskvalitet.

Akuta biverkningar drabbade 73 % av patienterna, och bestod av strålreaktion från magtarmkanalen (illamående, kräkningar, diarré), trötthet och akut försämring av smärtan (så kallad flare-up).

Allvarligare biverkningar av grad 3 inträffade hos tre patienter som drabbades av illamående, kräkningar eller akut försämring av smärtan. Inga grad 4-biverkningar eller behandlingsrelaterade dödsfall (grad 5) rapporterades.

Medianöverlevnaden för patienterna i studien var kort, och på 11,8 veckor.

DISKUSSION

Författarna argumenterar för att ovan beskrivna strålbehandlingsregim för cancerrelaterad smärta i bukspottskörteln associerades med snabb och kliniskt relevant minskning av smärta och kliniskt relevant förbättring av livskvalitet. Samtidigt bedömdes toxiciteten som i huvudsak mild. De argumenterar för att deras regim inom studien att låta bedöma patienterna av läkare mellan varje fraktion var framgångsrik för att hålla nere toxiciteten.

I diskussionen lyfter författarna nackdelar med studiedesignen, som avsaknaden av kontrollgrupp samt det lilla antalet patienter. Som en framtida väg att gå föreslår de därför större och randomiserade kontrollerade studier i ämnet för att bekräfta resultaten.

KOMMENTAR

Studier som undersökt effekt av palliativ strålbehandling är få, och mycket är baserat på klinisk erfarenhet. Detta leder till att kunskap saknas kring doseringar och indikationer, och praxis varierar både inom Sverige och internationellt.

Ett betydande problem vid palliativ strålbehandling till en sådan här grupp mycket svårt sjuka patienter är restider, obehag kring behandling samt praktiska förutsättningar som kan ställa till med mer skada än nytta om behandlingen inte hinner ge effekt. Studier på området välkomnas därmed varmt för att ge bättre kunskapsunderlag.

Behandling av smärta vid denna

typ av cancer kan vara mycket svår att få till. Strålbehandling används i dag inte i klinisk praxis mot tumörer i bukspottskörteln, då det inte har visat sig effektivt. Dock har aspekten kring smärtlindring inte undersökts fullt ut i tidigare studier.

Resultaten i den här studien är lovande, men med den uppenbara nackdelen att studiedesignen är i avsaknad av kontrollgrupp. Dessutom redovisas inte vilken annan onkologisk behandling som har givits patienterna. Dock är själva strålbehandlingen tydligt beskriven.

Upplägget med en till tre veckovisa fraktioner är tilltalande, då en sådan behandling skulle vara praktisk och etiskt möjlig att erbjuda ett antal patienter som inte skulle vara aktuella för en mer omfattande behandling.

Något som dock inte framgår i studien är om endast en eller två fraktioner skulle kunna räcka för smärtlindring.

Jag ställer mig också tveksam till risk/nytta-balansen, då det beskrivs ganska mycket biverkningar i det akuta skedet, även om få patienter hade biverkningar av allvarlig grad. Detta måste sättas i proportion till de patienter i studien som inte hunnit få nytta av strålbehandlingen, vilket illustreras av bortfallet i studien på grund av dödsfall mellan inklusionen och själva behandlingen.

Jag hoppas att framöver kunna läsa resultat från studier som undersöker frågan ännu mer vetenskapligt stringent (med kontrollgrupp), liksom att patienter i framtiden kan erbjudas denna metod för smärtlindring. ■



Lisa Martinsson

ST-läkare i onkologi och docent i onkologisk forskning vid Cancercentrum, Region Västerbotten, Enheten för professionell utveckling, Institutionen för kliniska vetenskaper, Umeå universitet.

Referat av artikeln:

"Impact of Short-Course Palliative Radiation Therapy on Pancreatic Cancer-Related Pain: Prospective Phase 2 Nonrandomized PAINPANC Trial". Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2024 Feb 1;118(2):352-361. doi: 10.1016/j.ijrobp.2023.08.055. Epub 2023 Aug 28. PMID: 37647972. Av: Tello Valverde CP, Ebrahimi G, Sprangers MA, Pateras K, Bruynzeel AME, Jacobs M, Wilmink JW, Besselink MG, Crezee H, van Tienhoven G, Versteijne E. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37647972/>



10:e Nationella konferensen i palliativ vård

Palliativ vård – nya perspektiv

Plats: Stockholm Waterfront Congress Centre

Datum: 18–19 november 2025

Många har redan anmält sig – passa på du också!



”Det är frågan som är svaret”

– om att söka och finna mening i palliativ vård

Även när framtiden krymper kan vi hjälpa patienten att finna mening. Johan Sundelöf visar – utifrån logoterapi – hur existentiella frågor kan omformuleras till den konkreta: Vad gör denna dag värdefull, trots allt?

JAG HAR JUST läst Odd Spencers bok ”Darwin och Gud”, en stillsam och inklämmande skildring av Charles Darwins personliga väg från troende genom tvivel till en form av agnosticism. Darwin förlorade aldrig intresset för den stora frågan – om det finns en Gud, ett större sammanhang än det vi kan se och mäta – och han blev heller aldrig färdig, delvis kanske av erfarenheten och sorgen i att förlora ett älskat barn.

Det slår mig hur mänskligt det är att leva med dessa obesvarade frågor, och hur de ofta stiger fram som allra starkast när livet vacklar, och hur avgörande det är att kunna känna någon slags mening.

I mötet med människor i livets slutskede är det inte de ”färdiga” svaren utan ”samtal utan svar” som gör störst skillnad. Det gäller att intressera sig för de existentiella behoven och att våga ställa frågorna – om livets mening, om

vem någon är nu, om vad som ännu kan vara viktigt och meningsfullt – frågor som skapar utrymme för lindring och helhet.

Vi väljer inte livsomständigheter, men som neurologen, psykiatrikern och upphovsmannen till logoterapi, Viktor Frankl, formulerade det: Vi kan välja förhållningssätt. Även när framtiden krymper kan vi försöka finna den för patienten mest meningsfulla vägen vidare.

Stoikern Seneca uttryckte något liknande: Det är inte smärtan i sig, utan vår hållning till den, som formar vårt livs mening. Att möta livet – även lidande – med ansvar och inre frihet ger en väg vidare. Men hur gör man rent praktiskt?

Tillsammans med prästen och författaren Kerstin Dillmar har jag utvecklat en modell som vi kallar Livets triangel, som är ett sätt att lyssna efter och samtala om på vilket sätt livet gör



Illustration: Stockadobe.com

ont, vilka resurser som finns, men också om vad som ger mening och stöd.

Genom att ställa frågor eller lyssna utifrån tre aspekter – Mening, Identitet och Relationer – kan vi som vårdpersonal bidra till en vård som ser hela människan.

Exempel på frågor som kan hjälpa oss att stämma av dessa tre olika dimensioner är: *Vad är viktigt för dig just nu? Vem, eller vilka, finns runt omkring dig? Vem är du bortom din sjukdom?*

Mening

– att skapa snarare än att finna

Många förknippar mening med stora, filosofiska frågor. Men i palliativ vård handlar det ofta om den lilla, konkreta meningen: *Vad gör denna dag värdefull? Vad kan ge en känsla av liv, trots allt?* Frankl menade att mening inte ges, utan skapas, även i svåra stunder.

Epikuréerna såg på sin tid (omkring ca 300 år e.Kr)

livets värde i stillheten och i det enkla nuet. I palliativ vård blir detta högst påtagligt: *Vad gör denna dag meningsfull? Vad kan ge en känsla av liv, trots allt?*

Mening kan finnas i att lyssna på musik, i ett samtal med en vän, att få säga något som ännu inte har blivit sagt. Som vårdpersonal kan vi stödja detta meningsskapande genom öppna, enkla frågor: *Vad tycker du om eller vad har du tyckt om att göra? Vad känns viktigt för dig just nu? Vad vill du att vi ska veta om dig för att kunna ge god vård?*

Det är inte svaren utan närvaron som betyder mest – att vi stannar kvar i mellanrummet där mening ännu formas. Tillsammans kan vi då fundera på hur vi kan göra det här till en bra dag, och på så sätt skapa mening.

Identitet –

att fortfarande vara någon

När kroppen förändras, funktioner försvinner och beroendet tilltar, påverkas ofta identitetskänslan. ”Jag känner inte längre igen mig själv” är ingen ovanlig känsla. Här hjälper modellen med Livets triangel oss att rikta uppmärksamheten mot den person som finns bakom symtomen.

Genom att ställa frågor om livsberättelsen, intressen och tidigare roller bekräftar vi identiteten: du är inte bara en sjuk kropp, du är en människa med historia, drömmar och värderingar.

”Även vår egen närvaro kan vara betydelsefull. Blickar, beröring och tid är uttryck för relation.

Vi kan som vårdpersonal spegla det vi hör: *Kan du berätta lite om dig själv? Vad har du sysslat med i livet? Du verkar ha haft ett väldigt rikt liv med dina böcker eller Du säger att du alltid har varit en som tar hand om andra – hur känns det nu, när du själv behöver stöd?*

Det handlar om att se hela människan, även när resurserna är begränsade.

Relationer

– att höra till och betyda något

De relationer – familj och vänner – som den som är sjuk har eller inte har runt sig är viktig information. Någon uttrycker kanske en oro för dem som ska bli kvar eller en längtan efter försoning. Relationerna blir viktiga, inte bara som stöd, utan som speglar för mening.

Här kan vi som vårdpersonal bidra genom att hjälpa till att möjliggöra

kontakt – ibland praktiskt, genom att ringa upp någon, ibland mer symboliskt, genom att prata om en relation som har betydelse mycket.

Bara genom att ta reda på vilka den som är sjuk har runt omkring sig förstår vi mer om hur möjligheterna till emotionellt stöd ser ut från vänner eller familj.

Även vår egen närvaro kan vara betydelsefull. Blickar, beröring och tid är uttryck för relation. Det är inte alltid vi har orden, det är inte ens önskvärt, men vi kan alltid visa att vi finns där, och stå kvar i det svåra.

Att stödja meningsskapande i praktiken

Att förstå vad som ger livet värde för den som är sjuk, vem människan är och vilka relationer som bär är avgörande för att kunna ge god vård. Livets triangel hjälper oss att lyssna, fråga och se helheten.

Kanske kan psykiatrikern och psykoterapeuten Alfred Längles vidareutveckling av Viktor Frankls tankar vara till hjälp. Han beskriver att vi kan reflektera på tre nivåer: *mikronivå* – meningen i mitt eget liv här och nu; *mesonivå* – mening i relation till andra och min omgivning; och *makronivå* – meningen med livet i stort.

I vårdandet rör vi oss som vårdpersonal kanske oftast ändå på mikro- och mesonivå: *Vad ger den enskilda dagen värde, vad är betydelsefullt i relation till andra?*

Att i samtal utforska existentiella behov kan hjälpa den sjuka att återknyta till det som fortfarande känns meningsfullt. Frågor som: *Vad skulle du vilja göra? Vad är möjligt av det du skulle vilja? och Vad kan eller bör vi ha som mål tillsammans?* blir då viktiga verktyg.

Genom att fråga kan vi öppna för möjligheter inom ramen för det liv som ännu pågår. Det är frågan som är svaret. ■

Johan Sundelöf,

överläkare och specialist i geriatrik och palliativ medicin på Akademiska sjukhuset. Universitetslektor vid Uppsala universitet med en specialistutbildning i meningscentrerad terapi/logoterapi.



Illustration: Stock.adobe.com

Nyfiket om själen

Ett språk för själen, inom vården och i livet – hur låter det? Det ska utforskas i en ny podd med Johan Sundelöf, överläkare, och Kerstin Dillmar, kaplan.

Hej, Johan Sundelöf. Varför gör ni podden?

– Därför att den existentiella dimensionen fortfarande är den minst utvecklade inom vården. Så många samtal i vården handlar om kroppen, och ibland om en persons psykiska tillstånd – men väldigt sällan om hur det som har drabbat personen kan väcka tankar kring mening, ensamhet, närhet, andlighet, vem jag har varit, vem jag kan bli... De existentiella tankarna väcks också ofta hos vårdpersonal. Så hur hittar vi ett sätt att samtala om dem?

Hur ska ni prata?

– Jag och Kerstin för en nyfiken dialog kring ett tema i varje avsnitt. Tanken är att gå ut brett för att sedan nörda ner oss i olika teman. Som: Vilka uttryck kan det religionsoberoende språket för själen ta sig? Vi kan exempelvis undersöka hur sådana uttryck kan låta inom musik eller teater, eller hur livssmärta uttrycks inom psykiatri. Ibland har vi en inbjuden gäst.

Ni vill kalla det för ett ”livssynsoberoende” språk för själen?

– Det är för att ge en bredare definition. Vi väjer absolut inte för andlighet och religion, men en tro är ju bara en livssyn; det finns flera.

– Varje person behöver få känna sig sedd som en hel människa. Det finns exempelvis studier på att äldre på boende utöver mediciner och olika insatser vill känna sig existentiellt delaktiga, alltså bli mötta i sina funderingar kring hur livet blev och känns.

Så varför blir de här samtalen inte av inom vården?

– För att vi känner oss osäkra, och kanske tänker att vi inte har några bra



Johan Sundelöf.



Kerstin Dillmar

svar. Men målet är ju inte att ge svar, utan att dela en upplevelse. Tyvärr tror många också att sådana här samtal tar lång tid, men det behövs oftast inte så många minuter för att en människa ska känna sig sedd.

– I vårdbegreppet ingår att även främja själsligt välbefinnande. Ju bättre vi blir på att möta det – genom nyfikenhet, öppenhet och samtal – desto mer kan vi tillgodose en verkligt personcentrerad vård.

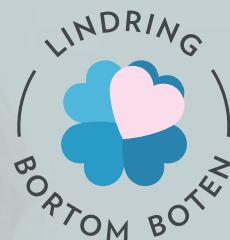
Vad: Podden ”Ett språk för själen” startar i mitten på november.

Var: Där poddar finns. ■

Anna Kågström

Certifieringsprogram i palliativ vård

Kunskapshöjning & kvalitetssäkring för din enhet



Nu lanserar Betaniastiftelsen fortsättningen på succésatsningen **Lindring bortom boten: 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.



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



Betaniastiftelsen

Från uppgiven till given.



TUC har kostnadsfria YH-program för dig som vill utvecklas. Våra vidareutbildningar inom vård läser du på distans och deltid.

Hos oss kan du bland annat läsa till:
Specialistutbildad undersköterska inom palliativ vård,
psykiatri, eller vård & omsorg av äldre • Stödpedagog

Läs mer och ansök på tucsweden.se



TUC
Yrkeshögskola

Krönika:

”Vilket blindstyre – ska jag DO-anmäla mig själv?”

ETT LITET FNISS. Två ord. De räckte för att omkullkasta min tillvaro. ”Du och dina gubbar”, sa kollegorna, och jag skrattade med. Visst var det lite roligt. Ännu en man som fick en elrullstol förskrivna av mig. Men skrattet fastnade i halsen. En fråga hängde kvar i luften: ”Vad har du egentligen emot kvinnliga förare?”

Frågan kändes absurd. Jag – som ständigt strävar efter jämlikhet och att se varje individ som just en individ. Men den lilla frågan började gnaga. Hade jag en omedveten preferens? Det fanns bara en person jag kunde ringa: min favorithjälpmedelkonsulent.

Vi har samarbetat i årtal, hon och jag. Jag litar på hennes bedömningar och hon på mina. Därför visste jag att hennes svar skulle vara utan omsvep.

Tystnaden i luren när hon gick igenom mina förskrivningar var talande. Jag hörde bara tangentbordet, och hur det klickade, klickade, klickade. Så slutade det. ”Du har bara förskrivit elrullstolar till män.” Sanningen slog mig som en smäll: Inte en enda kvinna.

Vi satt där i tystnad, på var sin sida av telefonlinjen. Jag tänkte på alla männen – många olika män, kan tilläggas – med olika åldrar, civilstånd, från olika delar av Malmö och med olika diagnoser och stadier i sin sjukdom.

Bosse, min senaste patient, är en typisk kandidat. Lite äldre, ensamboende, aktiv i sin vardag både i hemmet och socialt, och van att klara sig själv. Han är inskriven vid ASIH och mår bra, men känner att hans fysiska funktioner försäm-



ras. Vi har tränat flitigt, men hans vardag begränsas och med den hans livskvalitet. Bosse älskar tanken på en el-rullstol. Han har alltid gillat att köra bil och tekniska lösningar är, enligt honom, de bästa.

Det var enkelt att förskriva elrullstolen till Bosse. Men varför är det inte lika lätt för mig att göra det till en kvinna? Har jag någonsin mött en ”kvinnlig” Bosse?

Svaret är ja, flera gånger. Som hon som ville fortsätta med sitt trädgårdsarbete. Hon som jämt var ute med sina vänner. Hon som älskade att shoppa och ville göra det själv i lugn och ro. Varför såg jag inte deras behov på samma sätt? Tänkte jag omedvetet: ”Neej, det är väl ingenting för henne”? Trodde jag att de inte ville, inte kunde, inte behövde?

” Att en man vill köra en elrullstol ses som en naturlig fortsättning på ett aktivt liv. Men en kvinna?

Förmodligen handlar det om djupt rotade stereotyper. Att en man vill köra en elrullstol ses som en naturlig fortsättning på ett aktivt liv. Men en kvinna?

Kanske ser jag henne som någon som är nöjd med sin begränsade vardag, har lättare att ta emot hjälp och inte själv tar upp behovet av självständighet och frihet. Att hon är bättre på att anpassa sig och få vardagen att fungera ändå?

Jag ser mig själv som professionell, opartisk och driven av att hjälpa varje individ att nå sin fulla potential. Men den här händelsen visade mig att även de mest djupt rotade principerna kan påverkas av omedvetna fördomar. För det handlar ju inte om elrullstolen i sig. Det handlar om att synliggöra de osynliga blindheter som vi alla bär på.

Min professionella resa fick en ny vändning den dagen. Från och med nu ska jag inte bara se Bosse. Jag ska se Britt-Marie, Carina och alla andra kvinnor som jag möter. Och jag ska ställa mig själv en ny, viktigare fråga: Varför inte en elrullstol till henne?

Annars får det bli en anmälan till Diskrimineringsombudsmannen. ■

Ida Malmström,

fysioterapeut, Region Skåne. Hon är även representant i NRPV för Fysioterapeuterna, onkologisk och palliativ fysioterapi samt med i redaktionsrådet för denna tidning.



Samtalskonst

Hur möter man man de stora frågorna om livet, sjukdom, lidande och död?

Kursen ger dig verktyg för svåra samtal med fokus på hur man ger stöd vid existentiell kris.

Det går att söka ekonomiskt stöd från Cancerfonden för att delta.

Kursledarna har tidigare hållit kursen genom Liljeholmens folkhögskola.

 **Talkom**
www.talkom.se

Läs mer & ansök idag!



Vill du annonsera här?

Kontakta
Emelie Blomquist
emelie@adviser.se
072-600 67 38



Rapport från årets EAPC-kongress

– från magiska svampar till val av dödsplats

En nyväckt vurm för psykedelika, individers önskemål om dödsplats och tidiga samtal inför sedering. Det var tre av många spännande punkter på EAPC-konferensen i Helsingfors.

Magiska svampar – svårfångad mirakelkur

Seminarium: Psychedelics in palliative care: Use, research, regulations and ethics
Föreläsare: Justin Sanders och James Downar, Kanada, Stephan Tap och Robert Schoevers, Nederländerna.

MÄNNISKOR HAR I årtusenden använt psykedeliska, hallucinogena substanser för att initiera mystiska mentala och psykiska upplevelser – och för att må bättre.

Forskning kring psykedeliska substanser inom det medicinska området skedde dock först i samband med upptäckten av LSD på 1930-talet, och pågick ganska intensivt fram till 1960-talet.

Det handlade om effekten på hjärnan, och kliniskt med förhoppningen att kunna behandla olika psykiska tillstånd och sjukdomar.

De faktiska effekterna på hjärnans receptorer – i första hand serotonin – är fortfarande relativt okända. Man

ser påverkan på hjärnfunktionen, på hjärnans plasticitet och dessutom på inflammatoriska markörer.

FORSKNINGEN FICK ETT abrupt slut i och med en FN-deklaration 1971 som klassade dessa substanser som olagliga och utan medicinsk nytta.

Möjligheten för forskning öppnades åter 2006 och har därefter ökat kraftigt. Det gäller de naturligt förekommande substanserna som LSD-25, psilocybin (magiska svampar) och DMT (ayahuasca) samt syntetiska substanser som ketamin och MDMA (extasy).

En av föredragshållarna varnade dock för entusiasmen. Han menade att positiva effekter och nya indikationer

kan jämföras med det intresse som ofta finns inom medicinen när man initialt har sett stora effekter av ett läkemedel. Det skapar stora rubriker, engagemang och förhoppningar, men följs många gånger av en motreaktion när det inte visar sig vara den mirakelkur som alla har hoppats på.

De vanligaste medicinska indikationerna för psilocybin är depression, ångest, missbruk, migrän och existentiell ångest i livets slutskede.

I flera studier redovisas tydliga och snabbt insättande effekter hos en majoritet av patienter med cancer och depression eller ångest. De rapporterar livsavgörande upplevelser och det verkar som om den mystiska upplevelsen i samband med hallucinationer är bidragande till en positiv effekt som är långvarig.

PATIENTER KÄNNER EN kontakt med högre makter, ett ökat emotio-



nellt sammanhang och en öppenhet gentemot andra människor. Upp till ett tjugotal potentiella indikationer finns rapporterade. Detta inkluderar PTSD, oregelbundna menstruationer och fantomsmärtor. En dämpad entusiasm är alltså antagligen befogad.

Biverkningsprofilen för psilocybin är acceptabel med få och milda biverkningar. Att genomföra en behandling med psilocybin är dock komplex i flera steg. Från att rekrytera patienter, som uppfyller indikationerna och är öppna för behandlingen, till psykoterapeutisk förberedelse och stöd. Därpå följer titrering av lämplig behandlingsdos och en eller flera behandlingar. Och slutligen uppföljning.

I EN AV de studier som rapporterades hade 4 607 patienter screenats för inklusion, 15 hade inkluderats och 10 hade behandlats. Det är således omfattande och resurskrävande studieupplägg. Många studier försöker därför att hitta mindre krävande upplägg, då man inte vill inte riskera negativa konsekvenser för patienterna.

I en nyligen påbörjad, EU-stödd, studie för behandling av depression inkluderas svårt sjuka patienter med andra sjukdomar än cancer: KOL, ALS, MS och Parkinson.

Det finns också ett intresse för möjligheten att ge mikrodoser av psilocybin. Detta ger då inga hallucinationer, som annars har beskrivits som en del av effekten vid exempelvis depression.

För att underlätta både framtida studier och klinisk användning pågår arbete för att få psilocybin klassat som läkemedel. Detta kräver mycket resurser, inte minst eftersom det inte handlar om patenterade nya läkemedel, där resursstarka läkemedelsföretag står bakom. ■

Carl Johan Fürst,
professor emeritus i palliativ medicin

Är Sverige sämst för val av dödsplats?

Seminarium: EOLinPLACE – International trends in place of death among older people **Föreläsare:** Barbara Gomes, Portugal

VAR EN MÄNNISKA vårdas i livets slutskede och sedan dör har stor betydelse för både patienten och de närstående. EOLinPLACE-projektet syftar till att utveckla en internationell och patientcentrerad klassifikation av dödsplatser, som tar hänsyn till platsens betydelse för individen, och inte enbart utifrån dess fysiska eller medicinska karaktär.

Projektet har kombinerat kvantitativa analyser av internationella dödsregister med kvalitativa studier av patienter och närståendes preferenser och erfarenheter.

Projektet består av tre huvudstudier: en internationell jämförelse av dödsplatsdata i 47 länder (varav Sverige är ett), en mixed-methods-studie i fyra länder (Nederländerna, Portugal, Uganda och USA) samt utveckling/validering av en ny klassifikation.

Ett viktigt mål är att utveckla ett enkelt och användbart system för att följa hur dödsplatser förändras och för att säkerställa att fler kan få dö där de helst vill. Systemet ska också kunna fånga upp viktiga skillnader, till exempel mellan att dö i ett eget hem, hos en släkting eller på ett äldreboende.

Historiskt har människor främst dött hemma. Under 1900-talet förändrades detta då fler dog på sjukhus. Nu har trenden vänt i flera länder, och allt fler vill och får dö i hemmet eller på andra vårdplatser.

EOLINPLACE ÄR TÄNKT att bidra till att förbättra vården i livets slutskede genom att tydligare visa hur väl patienters önskemål respekteras. Det kan också hjälpa politiker och vårdgivare att planera för framtiden när befolkningen blir äldre och behoven ökar.

Föredragshållaren nämnde att tidigare studier har visat att vård- och omsorgsboende (nursing homes) inte har funnits bland de mest önskade dödsplatserna. Hon konstaterade samtidigt att behovet av vårdplatser inom äldreomsorgen – i takt med en åldrande befolkning – kommer att öka. De som främst kommer att behöva vårdplatserna är äldre personer, män,

ogifta personer och personer med låg inkomst och/eller utbildning.

Under sessionen presenterades opublicerad data från pågående forskning om dödsplats för äldre personer under ett decennium (2012–2021) i 32 länder (vara Sverige är ett) med varierande demografi.

EN DETALJERAD REDOGÖRELSE och analys av dödsplats inom olika åldersgrupper (70–79 år, 80–89 år, 90+) visade att dödsfall hemma var vanligast hos äldre personer i 14 av de 32 länderna.

I genomsnitt dog 27 % på vård- och omsorgsboenden. Motsvarande siffra i Sverige är 41 %. Siffran stiger dock stiger med ökad ålder i samtliga länder. Att dö på vård- och omsorgsboende är mer vanligt vid kognitiv sjukdom (demenssjukdom), även det i samtliga länder.

Resultatet hittills visar, enligt projektet, på ett behov av en utökad hemtjänst och även fler ideella/volontära insatser vid död i hemmet i många av de aktuella länderna. Resurser och kunskap måste också i högre grad anpassas till de äldres önskemål och behov.

Genom att kombinera statistik med människors egna berättelser och erfarenheter skapas ett verktyg som kan användas i både forskning, vård och planering.

Vid frågestunden efter presentationen kunde jag inte låta bli att nämna att jag var osäker på om jag skulle skämmas eller vara stolt över att vara från Sverige – som tillsammans med Nya Zeeland toppar listan med dödsplats på vård- och omsorgsboende.

Jag poängterade samtidigt att vården här, till skillnad från i flera av de övriga länderna i projektet, är en del av välfärden och därmed skattefinansierad. Det är dock inget som forskarna i projektet tar hänsyn till i dagsläget, men man hade reflekterat över att de skillnaderna antagligen också behöver tas med i diskussionen. ■

Petra Tegman,
specialistsjuksköterska och programschef,
Betaniastiftelsen

Tydligt x 3: ACP-samtal underlättar beslut

Tidiga samtal kan – trots tuffa besked – fungera som en katalysator för livsviktiga samtal. Men då behövs också att teamet talar samma språk.

1. Samtal en viktig katalysator

Seminarium: Taking a Stand, Ready or Not: Navigating Sensitive End-of-Life Care Conversations in Patients with End-Stage Heart Failure

Föreläsare: Tora Roin, Danmark

Intervjuer med 15 patienter med hjärtsvikt i ett sent skede och 14 vårdgivare gjordes efter genomförda ACP-samtal (Advance Care Planning). Deltagarna beskrev att ACP-samtalen, trots att de ibland innehöll tuffa besked, fungerade som en katalysator för livsviktiga diskussioner. Samtalen möjliggjorde att uppskatta livets små ögonblick och bidrog till att underlätta välgrundade beslut.

Trots att patienterna ofta bar på en stor symtombörda, var många – och särskilt närstående, såsom makar – omedvetna om den allvarliga prognosen vid hjärtsvikt.

Resultatet pekar på att tidiga och öppna samtal kring ACP kan minska belastningen på närstående samtidigt som patientens delaktighet i beslutsprocessen stärks.

2. Utmaningar vid sederingsbeslut

Seminarium: Challenges in the decision-making process for sedation in palliative care: a qualitative interview study with healthcare professionals, patients, and relatives

Föreläsare: Sophie Meesters, Tyskland

I denna studie rekryterades 26 läkare, 22 sjuksköterskor, 11 övriga yrkesverkssamma, 6 patienter och 8 närstående, samtliga från palliativa vårdenheter och specialistteam.

Resultatet visade att patienter och närstående värderade tidiga samtal som en källa till trygghet. Samtidigt var vårdpersonal mer tveksamma till att

ha tidiga samtal om sedering utifrån risken att orsaka potentiell press på olämplig sedering. Detta gällde i synnerhet när det fanns obestämda kriterier för när sedering var lämplig.

Bristar i hur informationen om exempelvis medvetandeminskning kommunicerades kunde, enligt vårdpersonal, leda till oklarheter och svårigheter med informerat samtycke.

Vidare framkom ett behov från vårdpersonalen av tydligare riktlinjer, förbättrat informationsutbyte samt stödjande strategier för att hantera den emotionella belastningen vid sederingsbeslut.

3. Beslutsfattande vid malign tarmobstruktion

Seminarium: Exploring Pathways to Optimise Care in Malignant Bowel Obstruction (EPOC): Decision-making in the context of advanced cancer and uncertain outcomes

Föreläsare: Alison Bravington, Storbritannien

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 64 deltagare: patienter, vårdgivare och läkare från flera professioner.

I resultatet identifierades vikten av att anpassa kommunikationen efter individuella behov, att involvera specialiserad palliativ expertis samt att utveckla ett gemensamt vårdspråk. Sådana insatser bidrar till att öka patienternas känsla av kontroll och underlätta hantering av osäkerhet i beslutsprocessen.

Gemensamt för de tre presentationerna var vikten av tidig och kommunikation, behovet av ett gemensamt språk mellan professioner, samt betydelsen av att anpassa vårdplaneringen utifrån patienternas behov.

Trots utmaningarna med att balansera informativ kommunikation och undvika psykologisk påfrestning, visar resultaten att integrerade och anpassade strategier inom ACP kan bidra till en mer meningsfull och effektiv vårdplanering i livets slutskede.

I Sverige arbetar vi ju redan för fullt med att implementera det personcenterade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård, liksom begreppet ”Samtal vid allvarlig sjukdom”, så det känns som om vi är på rätt väg.

* De tre refererade studierna har genomförts med kvalitativ metod. ■

Sofia Andersson,

vårdutvecklare och processledare
Regionalt Cancercentrum norr

EAPC-träff för 19:e gången

EAPC (European Association for Palliative Care) är en multidisciplinär organisation, som består av såväl enskilda medlemmar som föreningar. Nationella rådet för palliativ vård (NRPV) är medlem. Alla medlemmar i NRPV:s föreningar är därmed kollektiva medlemmar i EAPC.

Föreningens syfte är att utveckla den palliativa vården med visionen ”Palliative care is available and accessible to all, wherever and whenever they need it”.

Årets kongress var den 19:e och hölls i Helsingfors, 29–31 maj.

Antal deltagare: 1 759.

Antal deltagande länder: 73.

Abstracts: 776.

Talare: 280.

Posters: 625.

År 2026 hålls konferensen i Prag, 14–16 maj.

Träff för dietister på Sahlgrenska

Fler patienter bör få en nutritionsbehandling på rätt nivå, under hela vårdförloppet. Det var en av frågorna som diskuterades bland dietister under ett möte på Sahlgrenska.

IBÖRJAN PÅ juni hade undertecknad ett nutritionsseminarium/diskussionsgrupp för dietister på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Inbjudan hade gått ut till Klinisk nutrition, som är en dietistenhet med 40 dietister på SU, och med endast denna korta info: Timmen inleds med kort intro om palliativ vård och nutritionsbehandling i palliativa skeden – målsättningar & begränsningar, samt en kort sammanfattning av Nutritionskapitlet i Nationellt vårdprogram för palliativ vård. Därefter diskuterar vi utifrån deltagarnas frågeställningar.

Långt ifrån alla dietister på SU möter patienter med palliativa vårdbehov. Gruppen var begränsad till åtta platser utifrån lokal och för ett tillåtande diskussionsklimat, och blev snabbt fulltecknad.

Trots att vi jobbar inom många olika områden och upplevelserna är något olika, så fanns det gemensamma drag:

- Det försvårar att man som dietist ofta endast har ett fåtal patienter med palliativa vårdbehov. Det blir därmed svårare att bygga erfarenhet.
- Det försvårar när avdelningens personal inte har ett palliativt förhållningssätt, utöver i livets slutskede (då dietist sällan är involverad). Detta medför att en patient som enligt medicinsk bedömning troligtvis har få månader kvar att leva inte alltid får lämplig nivå på nutritionsbehandlingen.
- Etiska frågeställningar kring insättande/utsättande av EN (enteral nutrition) via sond/PEG och PN (parenteral nutrition) utifrån frågor: När det ska sättas in eller avstås, och hur man kommunicerar detta med patient och närstående för ett informerat samtycke.

Alla deltagare jobbar som konsulter mot olika avdelningar och mottagningar på SU, som geriatrik, njurmedicin,

neurologi, lungmedicin och kardiologi. Att få diskutera och ta del av varandras erfarenhet upplevdes värdefullt. Inte minst underlättar det framtida kontakter för att diskutera specifika fall eller frågeställningar.

Endast en person – undertecknad – har en del av sin tjänst gentemot Palliativa enheten på SU (Palliativt Centrum, ASIH, Palliativt resursteam och Palliativa konsulten).

Ytterligare en träff planeras under hösten. Efter utvärdering är förhoppningen att träffarna ska återkomma varje termin alternativt årligen, utifrån intresse och förutsättningar. ■

Nanna Mossberg Rylander,
dietist på Sahlgrenska
Universitetssjukhuset i Göteborg.



Nytt nordiskt nätverk

Ett nytt nordiskt nätverk, NNPM (Nordiskt nätverk för palliativ medicin), bildades tidigare i år. Under EAPC-konferensen i maj hade de sitt första fysiska möte.

Syftena med nätverket är flera:

- Att underlätta kunskapsutbyte mellan läkare i de nordiska länderna som arbetar med eller är intresserade av palliativ medicin.
 - Att sprida goda exempel mellan våra länder.
 - Att verka för att palliativ medicin ska vara en medicinsk specialitet i alla nordiska länder.
 - Att samverka kring klinisk forskning och utbildning.
- Sverige representeras av Sofia Dettmann och Lisa Karavida, som båda är med i styrelsen för SFPM, Svensk förening för palliativ medicin.

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 FÖR ARBETSTERAPEUTER
INOM PALLIATIV VÅRD - FAiP**

www.nrpv.se



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

www.fysioterapeuterna.se



**CHEFER OCH LEDARE I
PALLIATIV VÅRD**



**SVENSK FÖRENING FÖR
PEDIATRISK 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?**

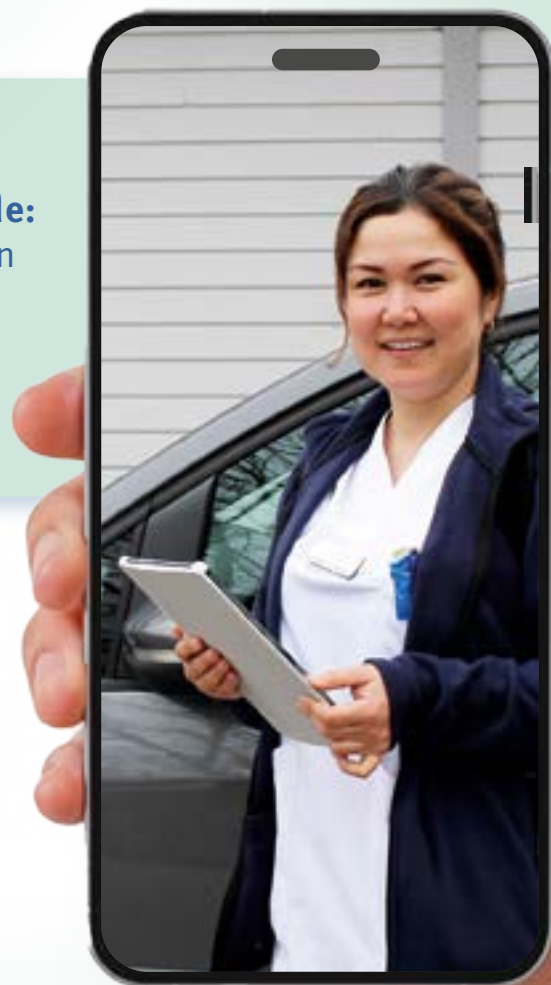
EFFEKTIV VERKSAMHET • HÖG KVALITET • NÖJDA MEDARBETARE

itACiH, allt i samma digitala lösning

Med lång erfarenhet av ASIH och mobil vård hjälper vi er att snabbt komma igång med en trygg, säker och användarvänlig lösning anpassad utifrån era behov.

- **Dags- och ruttplanering** för personalen
- **Kommunikation med patienter och närstående:** chatt, video, skattningar, mätvärden och foton
- **Distansmonitorering:** mätvärden från uppkopplad utrustning
- **Samverkan mellan vårdenheter** som använder itACiH

*Vi ses på konferensen i palliativ vård
18-19 nov i Stockholm*



*Spec. ssk Hakima Karidar, ASIH
Lund, nöjd användare sedan 2012*

itACiH – vi klickar med er digitalisering
Kontakta oss för en demo!

FLEXIBEL LÖSNING

- Fungerar på mobil, platta och dator
- Inga begränsningar i antal patienter
- Fungerar oberoende av journalsystem
- Utvecklad tillsammans med vårdpersonal
- Används idag av över 40 vårdenheter – exempelvis inom ASIH, mobila team, närsjukvård och sjukhus hemma – i regioner som Stockholm, Västra Götaland och Skåne

TEKNISK TRYGGHET

- Följer PUL, PDL, GDPR och sammanhållen journal
- All lagring och kommunikation är krypterad
- Inloggning med SITHS-kort
- SaaS-lösning, ingen installation krävs

