

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 1 • 2026

LÖSNING

PROBLEM

TEMA

Dags att lägga pusslet rätt



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

Min dröm – att lägga in regeringen

DET VAR EN fånig fantasi, men den tröstade mig bakom visiret. Jag jobbade som undersköterska på ett äldreboende och med personer med olika kognitiva diagnoser. Situationen var redan tidsmässigt pressad – nu var det också pandemi.

Minuterna blev ännu färre för det som var uppdragets kärna; uppgivenheten ännu större när jag cyklade hem.

Då kom fantasin: Tänk, om man kunde lägga in hela regeringen på ett äldreboende i minst tre veckor. De måste bo där, och med lösningar som gjorde dem lika fysiskt och kognitivt begränsade som de människor jag och mina kollegor försökte hjälpa varje dag. De skulle få kunskap om hur det var att *leva* där.

Fånigt, absolut, men tanken gav mig energi. För att politiker ska kunna fatta välgrundade beslut krävs ofta verklighetsnära kunskap. Gärna också kunskap som känns under huden och

utmanar hjärnan: Vad är ett liv? Och vad är ett samhälle som blundar för sina svagaste?

”Vad är ett samhälle som blundar för sina svagaste?”

DET ÄR TUR ATT det jämte sådana fantasier finns andra sätt att presentera nödvändig fakta som visar: Det här duger inte. Som den gedigna kartläggning över specialiserad palliativ vård som NRPV har gjort tillsammans med Svenska Palliativregistret (se sid 14–15 och nrpv.se för hela rapporten!).

På karta efter karta beläggs de uppenbara bristerna över Sverige. Vilken politiker med ansvar för vård kan se

på de blinda fläckarna utan att reagera, och agera?

Detta valår har vi också intervjuat politiker från samtliga riksdagspartier. Vilka av deras lösningar tror du på?

Undersköterskan Sanna Bergman skriver om hur bemanningsbrist och den existentiella vårdtyngden nära döden kan leda till förråelse. Socionomerna Anna Patzauer Personne och Liselott Persson skildrar hur fattigdom blir ytterligare ett lidande för svårt sjuka patienter.

Politik är att kunna, känna och vilja. Vad väljer du att rösta på? Och vad tänker du själv försöka påverka och förändra i år?

P.S. politiker: Missa inte de fantastiska dikterna från många vaknätter på sid 18–19. Där ryms verklig kunskap om vad det palliativa förhållningssättet handlar om och kräver.



Anna Kågström
Chefredaktör

Innehåll **Tema:** Politiska val

4 **Reflektion:** Foto av Sune Jonsson. Låttext av Emil Jensen.

6 **NRPV:s plan för 2026 & Stipendier utlyses!**

7 **Tema: Politiska val**
Valåret 2026 ställer vi frågor till samtliga riksdagspartier: Hur vill de förbättra palliativ vård? Ser de ens problemen?



13 Skåne satsar på psykologer och farmaceuter

14 **Vita fläckar på Sverige-kartan** – ny rapport pekar på ohållbara brister

16 **DEBATT Sanna Bergman, undersköterska:** "Vi behöver en bemanning som tillåter närvaro"

18 **Elva sätt att ta farväl – poesi från vaknätter**

20 **DEBATT Socionomer inom palliativ vård:** Fattigdom har blivit en del av "total pain"

22 **Profilen:** Amina Guenna Holmgren forskar om våld från patienter

26 **Palliativ sedering** – nya rekommendationer guidar i de utmanande valen.

29 **Klokskap, kunskap & dans!**
Rapport från fullsatta salar under Nationella konferensen.

34 **Patientfallet:** Nya insikter för fysioterapeuten.

36 **Vetenskaplig kommentar:** Motiven bakom önskan att få dö hemma.

38 **Forskning på g:** Så uttrycker patienter existentiella behov.

39 **Buddhistisk andlig vårdare** – nu på deltid på sjukhus

40 **Medlemssidorna:** Årets undersköterska, medlemsmöten & bokvinnare



Bild: Sune Jonsson/Västerbottens museum

Fotografen, filmaren och författaren Sune Jonsson tog 1969 bilden på den badande Gustav Karlsson i Sköntorp, Attsjö i Västerbotten. Sune Jonsson var under flera år anställd vid Västerbottens museum, och det är också där hans samlade verk vårdas och visas. Utställningen "Det lätta diset över människans landskap" pågår året ut. Läs mer på <https://vbm.se>

Igen

Att nånting nånsin ordnar sig är
omöjligt att tro
när natten faller över då och nu och sen.
Att nånting kommer knoppas eller
nånsin stått i blom,
nu när mina drömmar frusits ner.

Jag börjar tänka på
vad som skrämmer mig mest –
det som är statiskt eller det som tar slut.

Då blir det vår igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig
att det ska bli.

Jag går upp igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig
att man kan.

Att nånting nånsin faller har jag ingen
tid att tro
när mina dagar går genom en hinna
vävd av lust.
Att nånting kommer vissna eller
nånsin varit dött
nu när mina drömmar krupit fram.

Jag börjar tänka på
vad som gläder mig mest –
det som är evigt eller det som byts om.

Då blir det höst igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig
att det ska bli.

Jag går ner igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig.

Släng dig från räcket, vänta på ström.
Eller kryp under täcket och hämta
en dröm.

Sist ut släcker ljuset – eller vad som
är kvar.

Samma gamla chock när man väl är klar.

Då blir det vår igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig
att det ska bli.

Jag går upp igen,
det trodde jag aldrig,
det tror man aldrig
att man kan.

Text & musik: Emil Jensen.

Låten "Igen" finns på hans samlingsalbum

"Om du inte står för något faller du för allt" (Adrian Recordings, 2015).

Vi är på gång!

- här är NRPV:s mål under 2026

- Sprida och följa upp inventering av ojämlikheterna inom svensk specialiserad palliativ vård. Rapporten görs i samarbete med Svenska palliativregistret. Läs mer om rapporten på sid 14–15!
- Fortsatt opinionsbildning tillsammans med bl a Cancerfonden och de stora pensionärsföreningarna SPF och PRO för att minska den ojämlika tillgången till palliativ vård.
- Genomföra ytterligare en kunskapslyftande Nationell konferens i palliativ vård. 2026 anordnas den i Sundsvall 29 sep–1 okt. Se annons sid 43!
- Utlysa tre stipendier à 15 000 kronor för förbättringsarbete inom palliativ vård (se nedan).
- Tillsammans med Svenska palliativregistret utveckla Palliativguiden med väsentliga data från inventeringsrapporten.
- Tillsammans med Betania-stiftelsen ordna fem kostnadsfria lunchwebbinarier (läs mer om dem på sid 40!)

Sök!

3 x NRPV-stipendium à 15 000 kr för förbättringsarbete inom palliativ vård

VAD: Tre NRPV-stipendier à 15 000 kr. Söks av person/grupp som arbetar kliniskt och med ett specifikt förbättringsarbete för att utveckla palliativ vård för personer med livshotande sjukdom.

HUR: Ansökan ska vara cirka 500 ord och innehålla syfte/mål, plan för genomförande och planerad uppföljning. Dessutom krävs en budgetplan samt lista på medarbetare i projektet.

Stipendiekommittén välkomnar särskilt utvecklingsarbeten som stärker samverkan mellan enheter, verksamheter och/eller förvaltningar.

VEM/VILKA: Medlem/medlemmar i någon av NRPV:s delföreningar är berättigade att söka. Mejla din ansökan till info@nrpv.se senast 31 mars 2026!



Illustration: Linnea Blixt

Dags att välja rätt

Politikers viljor och val spelar roll för palliativ vård. Valåret 2026 har vi därför ställt fyra frågor till samtliga riksdagspartier. Läs deras svar! Är de på rätt väg till en mer jämlik och rättvis palliativ vård? Har de ens koll på problemen?

Mer i temat:

- Ny kartläggning avslöjar de vita fläckarna
- Sanna Bergman, undersköterska: "Vi behöver en bemanning som tillåter närvaro"
- Socionomer inom palliativ vård: Fattigdom har blivit en del av "total pain"

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►

FRÅGOR

1. I dag har inte alla patienter tillgång till allmän och/eller specialiserad palliativ vård i tid. Hur vill ditt parti säkerställa det?
2. Kunskapsnivån om palliativ vård är fortfarande mycket ojämn över landet. Hur kan ni säkerställa att en viss nivå av kunskap om palliativ vård blir obligatorisk inom alla vårdutbildningar?
3. Infrastrukturen för palliativ vård är i dag minst sagt rörig, ofullständig och ojämlig över landet. Hur ser er vision ut för att åtgärda detta – och när kan det ske?
4. På vilket sätt efterfrågar ni om jämlik palliativ vård erbjuds i de olika regionerna i landet – och vad som kan behöva förbättras?



Kristdemokraterna

CHRISTIAN CARLSSON (KD),
ORDFÖRANDE FÖR SOCIALUTSKOTTET

1. Vi ser allvarligt på de stora ojämlikheter som finns i den palliativa vården.

Med de nya nationella riktlinjerna för palliativ vård som Socialstyrelsen har tagit fram tar vi ett viktigt steg mot en mer jämlik och mänsklig vård, där varje patient får det stöd och den lindring de har rätt till, oavsett livssituation.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja implementeringen och uppföljningen av de nya riktlinjerna för palliativ vård. Målet med riktlinjerna är att alla patienter ska få en värdig vård i livets slutskede. Vården ska ges tidigare i sjukdomsförloppet och till fler än i dag.

Utöver detta vill Kristdemokraterna förstatliga sjukvården för att möjliggöra en mer jämlik vård.

2. Det behöver vara obligatoriskt med utbildning i palliativ vård i vårdutbildningarna. I dag finns inte palliativ vård med i grundutbildningen för all legitimerad vårdpersonal. Enligt Socialstyrelsen får vårdpersonal inte heller den fortbildning som krävs.

Vi tycker att det både ska vara obligatoriskt i grundutbildningen och att det ska finnas möjlighet till fortbildning. Därför behöver vi också säkerställa att det finns en viss nivå av kunskap inom vårdutbildningarna. Detta är något vi arbetar för.

3. Nu har Socialstyrelsen precis presenterat nationella riktlinjer för den palliativa vården, de första i sitt slag, som ersätter det tidigare kunskapsstödet från 2013.

Det innebär ett mer strukturerat och bindande stöd för hur vården i livets slutskede ska bedrivas. Detta kommer att stärka den palliativa vården på sikt.

Nu får också Socialstyrelsen i uppdrag att leda implementeringen och göra en uppföljning av hur efterlevnaden ser ut runt om i landet, vilket blir en bra grund för att se och kunna minska den ojämlika vården.

4. Vi hoppas att de nationella riktlinjerna nu kommer att stärka den palliativa vården. Genom uppdraget om uppföljning av vården kommer vi sedan att se hur riktlinjerna efterlevs.

Men – 21 självstyrande regioner riskerar ofrånkomligen att leda till att ojämlikheterna inom vården består. Det är också en anledning till att Kristdemokraterna vill förstatliga sjukvården.

Den uppdaterade cancerstrategin planeras ha ett ökat fokus på livskvalitet för cancerpatienter. En nyckelfaktor i detta är att stärka den palliativa vården. Detta görs bland annat genom det pågående uppdraget till Socialstyrelsen om riktlinjer på området, samt ökad implementering av kunskapsstyrning.

Det finns behov av en bredare kunskap om ett palliativt förhållningssätt inom vården, både inom vuxencancervården och barncancervården.

Utöver implementering av kunskapsstyrningsunderlag kräver detta regelbunden fortbildning. Därutöver krävs stärkt samordning mellan olika vårdinstanser.





Liberalerna

LINA NORDQUIST,
SJUKVÅRDSPOLITISK TALESPERSON

1. Vi arbetar för att både vård och omsorg ska ha tid och kunskap att värna den människa som ska dö, och se henne och de som står henne nära.

En viktig förbättring vi driver är att ge människor i äldreomsorgen rätt till god levnadsnivå, inte bara en skälig.

Kvalitetsregister måste få långsiktigt stöd så att förbättringar går att följa och brister kan rättas till. Var och en av oss måste få vårdas där vi vill dö. Vi ska veta att våra

närstående får stöd. Ingen ska behöva dö ensam.

2. Kunskapen om palliation och palliativ vård behöver stärkas. Det räcker inte att säkerställa en viss nivå av kunskap inom utbildningarna. Liberalerna vill även att fortbildning blir en rättighet för anställda i sjukvården och en skyldighet för arbetsgivarna.

3. Dagens system och infrastruktur är otillräcklig. Liberalerna vill se en

nationell översyn av den palliativa vården och omsorgen. Nationella riktlinjer måste vara styrande.

4. Vi och våra regionala företrädare följer upp läget i regionerna och driver på för en starkt palliativ vård.

Både regionalt och nationellt arbetar vi för att ge sjukvårdens anställda mer tid för patienterna, i stället för att drunkna i kringjobb, bölig IT eller administration. Varje människa i Sverige ska kunna leva in i döden.



Centerpartiet

CHRISTOFER BERGENBLOCK (C),
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPOLITISK TALESPERSON

1. Ansvar för vårdens utförande ligger på regionerna, men både staten och SKR måste hjälpa till med olika stödsystem för att vården ska bli både kunskapsstyrd och jämlik över hela landet.

Kopplat till den palliativa vården finns i dag Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som precis uppdaterats, nationella vårdprogram framtagna av RCC och ett sammanhållet vårdförlopp inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård.

I underlagen trycks det särskilt på vikten av att identifiera patienter med palliativa vårdbehov tidigt för att kunna erbjuda såväl patienterna som anhöriga det stöd som behövs.

Palliativ vård genomförs både inom den regionala sjukvården och den kommunala hemsjukvården, vilket ibland innebär problem kring ansvaret. Centerpartiet vill

lagstifta om krav på samarbetsavtal mellan kommun och region för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och minska risken att patienter hamnar mellan stolarna.

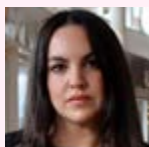
2. Det är tydligt att kunskaperna kring palliativ vård behöver öka. Just nu har den nationella kunskapsstyrningen tillsatt en arbetsgrupp som ska se över den palliativa vården, bland annat hur kunskaper kan förbättras samt titta på om det behövs ytterligare kunskapsstöd.

3. Centerpartiet arbetar för en jämlik och tillgänglig vård i hela landet. För att nå dit krävs det en annan resursfördelning än i dag så att regioner med mycket gles- och landsbygd ges lika goda förutsättningar att bedriva vård som storstadsregionerna.

Den nationella nivån måste även bidra med riktlinjer och kunskapsstöd för att möjliggöra en kvalitativ och jämlik vård i hela landet. Arbetet för att nå dit behöver pågå kontinuerligt.

4. Vi följer utvecklingen inom den palliativa vården noggrant via de rapporter som kommer, bland annat ifrån Svenska palliativregistret. Deras årsrapport för 2024 visade tyvärr på fortsatta skillnader i tillgången till specialiserad palliativ kompetens över landet och att användandet av vårdplan skiljer sig.

Det är ingen tvekan om att det har behövts tydligare riktlinjer och ett ökat kunskapsstöd. Därför är vi också positiva till att nya riktlinjer kommit på plats ifrån Socialstyrelsen och att en arbetsgrupp tillsatts inom regionernas nationella kunskapsstöd.



Moderaterna

NORIA MANOUCHI,
GRUPPLEDARE SOCIALUTSKOTTET

1. Den moderatledda regeringen tar nu ett samlat grepp för att göra den palliativa vården mer jämlik. Med nya nationella riktlinjer, gemensamma delmål och en förstärkt uppföljning säkerställs att vården ges efter behov.

Syftet är att alla, oavsett diagnos, ålder eller bostadsort, ska få en värdig och trygg vård i livets slutskede.

2. De nya nationella riktlinjerna tydliggör vilken kompetens som krävs genom hela vårdkedjan.

Utifrån detta ser vi behovet av att staten säkerställer en gemensam miniminivå av palliativ kunskap i alla relevanta vårdutbildningar.

Implementeringsstödet till regioner och kommuner bidrar samti-

digt till att kompetensen bättre kan hållas aktuell även efter examen.

3. Vår utgångspunkt är att palliativ vård ska vara sammanhållen och jämlik. De nya riktlinjerna skapar en nationell struktur för hur vården ska organiseras och följas upp.

Genom ett enhetligt system av indikatorer och öppna resultat, tillsammans med riktat implementeringsstöd, får regioner och kommuner bättre förutsättningar att ge vård av samma kvalitet.

4. Den nationella uppföljningen blir nu mer systematisk och jämförbar. Med indikatorer och öppna data kan vi från nationellt håll tydligt se var kvaliteten brister.

Där så sker kan krav på förbättringar ställas, exempelvis stärkt kompetens, bättre samverkan eller utbyggnad av specialiserade team.

Den moderata utgångspunkten är alltid att dina behov som patient ska kunna mötas, oavsett vem du är och var du bor.



Socialdemokraterna

FREDRIK LUNDH SAMMEL, VICE
ORDFÖRANDE SOCIALUTSKOTTET

1. Var och en ska ha tillgång till den vård och omsorg man behöver. Vården ska också vara av hög kvalitet. För det krävs att såväl sjukvården som äldreomsorgen har tillräckliga resurser.

Socialdemokraterna vill se till att finansieringen är stabil och långsiktig. Vi vill att statsbidragen ska räknas upp med inflationen och samtidigt gör vi i vår budgetmotion en stor personalsatsning.

2. Kunskapen om palliativ vård är inte tillräcklig och behöver förbättras. Synen på palliativ vård måste dessutom förändras. Palliativ vård har en självklar plats i vårdutbildningarna, något som behöver följas upp nationellt.

3. De nationella riktlinjerna ska självklart följas. Vi behöver stärka både den statliga styrningen och uppföljningen av de nationella riktlinjerna.

4. Den palliativa vården är ett av de områden som behöver förbättras, inte minst för att öka jämlikheten över landet. Därför är det en fråga som tas upp i diskussioner mellan den nationella och regionala nivån.



Vänsterpartiet

KARIN RÅGSJÖ
SJUKVÅRDSPOLITISK TALESPERSON

1. För att säkerställa att patienter får allmän och specialiserad palliativ vård i rätt tid vill vi stärka den statliga styrningen av hälso- och sjukvården.

Det handlar bland annat om tydligare nationella krav, öronmärkta statliga medel och uppföljning som faktiskt får konsekvenser.

Palliativ vård ska integreras tidigt i vårdkedjan och inte vara något som sätts in sent eller bara när botande behandling avslutas.

Vi vill också stärka den nära vården och de multiprofessionella teamen, så att palliativ kompetens finns tillgänglig både i hemmet, på särskilda boenden och på sjukhus.

2. Vi delar bilden av att kunskapsnivån om palliativ vård är ojämn, och det är ett problem för jämlik vård i hela landet. Samtidigt är det viktigt för oss att värna den akademiska friheten och lärosätenas självständighet när

det gäller innehåll och pedagogik inom högre utbildning.

Vi vill ge förutsättningar för lärosätena att ge en mer kvalitativ utbildning genom högre anslag, där palliativ vård skulle kunna vara en sådan del som får större utrymme med mer medel.

När det gäller gymnasiala vårdutbildningar och YH-utbildningar ser vi ett större utrymme för staten att vara mer konkret. Där kan palliativ vård tydligare skrivas in i styrdokument och utbildningsplaner, eftersom dessa utbildningar är mer direkt kopplade till arbetsmarknadens behov och statlig reglering.

3. Vänsterpartiets vision är att palliativ vård ska vara likvärdig i hela landet och följa de Nationella riktlinjerna och vårdförloppen, oavsett region.

Det kräver en tydligare nationell samordning och minskad marknadsstyrning av vården.

Vi vill också att sjukvården, inklusive den palliativa vården, får ökade resurser så att alla patienter kan garanteras en högkvalitativ och värdig vård.

4. Vi vill att staten systematiskt följer upp hur palliativ vård erbjuds i olika regioner, bland annat genom nationella undersökningar och jämförelser. Uppföljning måste även kombineras med åtgärder.

Om brister identifieras ska staten kunna rikta stöd, men också ställa krav på regionerna. Patienters och närståendes erfarenheter måste väga tungt i denna uppföljning, liksom personalens arbetsvillkor.

Jämlik palliativ vård handlar ytterst om att ingen ska lämnas ensam med lidande på grund av var man bor eller hur vården är organiserad.





Sverigedemokraterna

JESSICA STEGRUD,
SOCIALPOLITISK TALESPERSON

1. Vi vill säkerställa tillgång till specialiserad vård genom en tydligare nationell styrning och tydligare krav gentemot regionerna.

Det kräver att den allmänna palliativa vården i primärvård och kommunal vård stärks, att specialiserade palliativa team byggs ut, att fler hospiceplatser tillkommer och att vård i hemmet kan ges med rätt kompetens och läkemedel.

Patienten ska få palliativ bedömning i tid, brytpunktssamtal ska ske tidigt, och vårdkedjan ska vara sammanhållen mellan sjukhus, primärvård och kommun.

2. Vi vill göra palliativ kompetens obligatorisk i alla relevanta vårdutbildningar genom statlig styrning av examensmål och utbildningsinnehåll.

Det innebär att palliativ vård skrivs in som obligatoriskt moment i högskoleutbildningar som sjuk-

sköterska och läkare, i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram (inklusive vuxenutbildning), samt i YH-utbildningar som leder till arbete inom vård och omsorg.

Parallellt ska redan yrkesverksamma erbjudas riktad fortbildning, så att kunskapsnivån höjs brett, inte bara i specialistleden.

3. Vår vision är en tydlig nationell struktur där vårdprogram och riktlinjer faktiskt implementeras i hela landet och följs upp med krav på åtgärder där det brister.

Palliativ vård ska vara en självklar del av vårdkedjan vid livshotande sjukdom, inte ett lotteri. Det innebär en standardiserad basnivå i alla regioner, utbyggnad av specialiserade palliativa resurser och bättre samverkan mellan region och kommun.

Detta kan börja genomföras omgående via statliga uppdrag, skarpare uppföljning och riktade satsningar.

Inom en mandatperiod ska de största skillnaderna kunna pressas tillbaka, men för att helt få bort postkodslotteriet behövs också mer statlig styrning av vården.

4. Genom nationell uppföljning av tillgång och kvalitet, region för region, och med konkreta mått som: tidig palliativ bedömning, brytpunktssamtal, tillgång till specialiserade team, möjlighet till vård i hemmet, efterlevandestöd och följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram.

Där variationer upptäcks ska regioner åläggas att ta fram åtgärdsplaner med tydliga mål, och staten ska kunna styra med riktade medel och krav.

I praktiken betyder det att brister inte ska kunna döljas i statistik, utan synliggöras, jämföras öppet och följs upp tills vården håller samma nivå i hela landet.



Miljöpartiet

NILS SEYE LARSEN,
SJUKVÅRDSPOLITISK TALESPERSON

1. Vård ska ges till den som har störst behov, även när det gäller palliativ vård. Hälso- och sjukvården har länge varit underfinansierad, vilket gör det svårt för sjukvården att möta behov och utveckla kvalitet.

För att ge patienter vård i god tid och möjlighet att känna att vården finns där när de behöver den, så vill Miljöpartiet att de generella där de generella statsbidragen till kommuner och regioner ökar med kostnadsökningarna.

2. Att Socialstyrelsens kunskapsstöd om palliativ vård uppdaterats till riktlinjer under 2025 är ett avgörande steg för att öka och utveckla kunskapsnivåerna.

Palliativ vård som ges i livets slutskede borde vara ett självklart inslag i vårdutbildningar.

3. Vi tror att medarbetare inom hälso- och sjukvården gör sitt allra yttersta för att ge bästa möjliga vård till sina patienter, men att de inte har rätt förutsättningar för att göra det på ett tillfredsställande sätt.

Vi vill anställa fler, förbättra arbetsvillkoren och korta arbetstiden för vårdpersonal, så att vården kan bli bättre och mer jämlik över hela landet.

4. Vården ska vara jämlik i hela Sverige, men vi vet att regionerna har olika förutsättningar, inte minst i de glesbefolkade regionerna.

Våra politiker på olika nivåer ser till att göra studiebesök inom vården och ställer frågor till ministrar, regionråd eller motsvarande för att utkräva ansvar.



5 frågor till Lisa Flinth (l):

Satsar på psykologer och farmaceuter

Lisa Flinth (l) i Region Skåne är ovanligt drivande i frågor som rör palliativ vård. Regionen blir nu först i landet med att införa psykolog och farmaceut på varje enhet för specialiserad palliativ vård.

1. Du är ordförande i både Primärvårdsnämnden och Vårdsamverkan Skåne. I budgeten för 2026 har ni spikat att det ska finnas en psykolog på varje enhet för specialiserad palliativ vård i Skåne. Varför det?

– Därför att vi har haft ett pilotprojekt med en psykolog vid en enhet i sydöstra regionen. Det har fallit väldigt väl ut, och varit värdefullt för både patienter, närstående och övrig personal. Därför bestämde vi oss för att breddinföra den funktionen på samtliga enheter inom specialiserad palliativ vård. Vi håller precis på att rekrytera psykologkompetens till de övriga fyra enheterna.

– Tanken är att psykologen kan tillföra ytterligare kompetens till de redan så kompetenta multidisciplinära teamen. Som att exempelvis kunna erbjuda psykologiska behandling vid svår ångest. Psykologen kan även vara ett stöd för närstående och handleda personal.

2. Region Skåne är också på väg att breddinföra farmaceuter på de specialiserade palliativa enheterna?

– Palliativ vård är läkemedelstung. Med en farmaceut på plats kan varje behandling optimeras. Tanken är att farmaceuterna vid de fem enheterna också kan fungera som ett stöd åt kommunen och den allmänna palliativa vården.



Lisa Flinth.

3. Ni arbetar även med att öka kunskapen kring palliativ vård?

– Ja, inte minst inom mitt eget politikerskrå kan det saknas uppdatering om vad palliativ vård står för i dag. Därför anordnade vi nyligen en heldag för region- och kommunpolitiker med ansvar för vårdfrågor. Bland annat var där en representant från Socialstyrelsen som gick igenom de reviderade riktlinjerna för palliativ vård. Vi talade också om vikten av tidiga insatser, och om hur vi ska hantera gränssnitten för olika typer av samverkan.

– Vi bidrog även till Palliativa veckan i december, som riktade sig till allmänheten, och där flera kommuner valde att hänga på. Och så vill

vi självklart finna effektiva sätt för att implementera forskning från Palliativt Utvecklingscentrum i Lund; det händer mycket där.

4. Vad kan regionen göra för den allmänna palliativa vården?

– En viktig fråga är den ökade efterfrågan på att få vårdas och dö hemma. Där måste vi politiker säkerställa att vi har ett vårdutbud som motsvarar efterfrågan. Vilket i sin tur innebär att som politiker ha modet att dra ner på verksamheter som efterfrågas mindre.

5. Du är ovanligt engagerad i frågor kring palliativ vård. Hur kommer det sig?

– Till en del kommer det ur en personlig erfarenhet, men jag brinner överlag för att utveckla den specialiserade palliativa vården. Hur vi tar hand om de allra sköraste säger något om oss som samhälle.

Region Skåne

Region Skåne styrs av moderaterna, kristdemokraterna och liberalerna med stöd av Sverigedemokraterna. Vårdsamverkan Skåne är ett avtal mellan Region Skåne och 33 kommuner.

Vita fläckar på vårdkartan

- ny rapport kartlägger ojämlikheterna

En rättvis tillgång till specialiserad palliativ vård är fortfarande långt borta. Det visar en färsk rapport från NRPV och Svenska palliativregistret.

DET ÄR EN rimlig målsättning att alla med komplexa palliativa vårdbehov ska ha tillgång till den vård som ger bästa möjliga lindring – oavsett diagnos, ålder, bostadsort, vårdform och tid kvar att leva. Så är det tyvärr inte i dag, då tillgången till olika former av specialiserad palliativ vård varierar kraftigt över landet.

En avgörande orsak är att det saknas en förutsägbar och likartad infrastruktur för den specialiserade palliativa vården i landet. En infrastruktur som skulle behöva innehålla: palliativa mottagningar, konsultteam och specialiserade palliativa vårdplatser på alla sjukhus, specialiserad palliativ hemsjukvård, jourlinje samt palliativa vårdplatser utanför sjukhus/hospice.

Då skulle invånarna kunna erbjudas en specialiserad palliativ vård både tidigt och sent i sjukdomsförloppet som liknar intentionerna i vårdprogram, vårdförlopp och Socialstyrelsens riktlinjer.

Nationella rådet för palliativ vård (NRPV) har tillsammans med Svenska palliativregistret under sommaren och hösten 2025 genomfört en regionvis inventering av befintliga specialiserade palliativa verksamheter. Vi har utifrån ett gemensamt frågebatteri via telefon kontaktat verksamhetsföreträdare i alla Sveriges 21 regioner.

RESULTATEN I RAPPORTEN bekräftar att tillgången till specialiserad palliativ vård varierar stort över landet.

Generellt noterar vi att de specialiserade palliativa enheterna med få undantag saknar tydliga uppdrag från sin region. Detta försvårar förstärkt konstruktiv diskussion om resurser i förhållande till uppdragets omfattning. Det gör det också svårt att mäta graden av måluppfyllelse.

Vidare visar rapporten att specialiserade palliativa mottagningar, konsultverksamheter och jourlinjer – som riktar sig till alla med komplexa palliativa vårdbehov, oavsett om man är inskriven/ansluten eller ej – med några få undantag saknas över hela landet.

Detta försvårar tidig integration av palliativ vård, och kan resultera i gagnlösa akutbesök för personer som hade kunnat vårdas kvar utanför sjukhus, om

” Nu är det hög tid för politiska beslut.

man bara hade fått sakkunnigt stöd.

Med anledning av begränsningar i olika verksamheters kriterier för sin målgrupp, så är många personer exkluderade från möjligheten att få stöd på grund av fel diagnos, ålder, bostadsort, vårdform eller att man inte är i livets absoluta slutskede.

HEMSJUKVÅRDSTEAM FINNS i de flesta regionerna, dock inte så att det täcker alla kommuner. Specialiserade palliativa vårdplatser saknas på de flesta av våra sjukhus. Något som leder till längre vårdtider på sjukhus och som också kan leda till sämre lindring och större risk för snar återinläggning på grund av bristande planering och avsaknad av tydliga behandlingsstrategier för vårdkollegorna utanför sjukhus (primärvård och kommunala vårdinrättningar).

På vissa platser finns palliativa slutenvårdsenheter utanför sjukhusen,

enheter som därmed har sämre tillgång till sjukhusresurser som röntgen och annan konsultkompetens.

Likasa finns brister i kompetens. Enstaka palliativa enheter som uppger att de är specialiserade saknar läkare med specialistkompetens i palliativ medicin.

Ännu vanligare är brist på specialistutbildade sjuksköterskor och undersköterskor i palliativ omvårdnad. På vissa ställen saknas de helt, medan andelen på andra enheter är påtagligt liten.

Dessa fynd är viktiga som discussionsunderlag. Hur stor andel av anställda som behöver ha formell specialistutbildning i palliativ medicin/omvårdnad för att kunna leva upp till epitetet specialiserad palliativ enhet är ännu ej bestämt.

Ingen av oss skulle acceptera att komma till en ortopediklinik för att få en ny höft insatt om vi fick veta att det inte fanns några specialister i ortopedi i tjänst. Däremot ett antal läkare som är intresserade av ortopedisk kirurgi och tycker om att operera!

VIVILLMED detta resonemang inte bortse från alla befintliga kollegor som sedan flera år gör värdefulla insatser, trots att de inte har den formella specialistkompetensen. Strävan för de specialiserade palliativa verksamheterna måste ändå vara att en betydande andel av personalen (både läkare och omvårdnadspersonal) får möjlighet att erhålla den formella specialistkompetensen.

Här krävs målmedvetenhet och stöd från arbetsgivarna så att ST-block regelbundet inrättas för läkare. Likaså bör det ges förutsättningar, både ekonomiskt och praktiskt, för två års specialistutbildning i palliativ omvårdnad på 50 % för sjuksköterskor och undersköterskor.

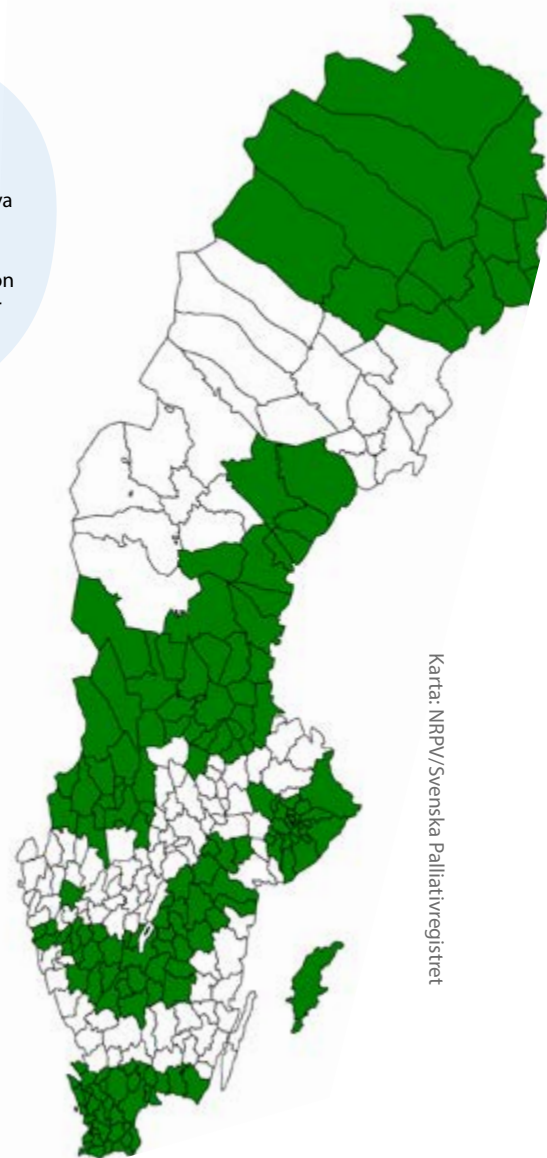
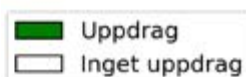
Den befintliga ojämlikheten mellan regionerna gör det också svårt för invånarna att veta vart man ska vända sig och vilket stöd man kan förvänta sig i en komplex palliativ situation.

Att bli inskriven vid ett ASIH-team

Uppdrag per kommun

Vitt: Här saknar specialiserade palliativa enheter ett tydligt skriftligt uppdrag.

Grönt: De specialiserade palliativa vårdenheterna uppger att de har någon form av skriftligt uppdrag för hela eller delar av verksamheten.



Karta: NRPV/Svenska Palliativregistret

eller i en hospiceverksamhet är endast en möjlighet för en liten andel av alla som lever med en eller flera obotliga/livshotande sjukdomar. Anslutningen sker dessutom oftast under en mycket begränsad tid i slutet av livet.

Samtidigt vet vi att komplexa palliativa vårdbehov finns tidigare i förloppet och hos betydligt fler personer (uppskattningsvis 25 % av alla dödsfall).

Sammanfattningsvis finns det mycket för våra politiker och beslutsfattare att ta tag i för att den specialiserade palliativa vården ska bli mer jämlik. Det handlar då inte enbart om geografiska orättvisor utan även för olika diagnosgrupper, åldrar och när i sjukdomsförloppet patienten kan få hjälp.

Målbilden med ett jämnt stöd vid palliativ sjukdom finns redan tydligt uttalad i det Nationella vårdprogrammet för palliativ vård av vuxna. Nu är det hög tid att den omsätts i politiska beslut.

Läs hela rapporten på
www.nrpv.se eller
www.palliativregistret.se



Bertil Axelsson
Ordförande i NRPV, professor emeritus i palliativ medicin



Martin Dreilich
Ledamot i Svenska palliativregistrets ledningsgrupp, med dr, specialist i palliativ medicin

Sanna Bergman, undersköterska:

”Vi behöver en bemanning som tillåter närvaro”

Reflekterande samtal måste schemaläggas. Bara så rustar vi oss i personalen för att orka ge en kunnig och värdig palliativ vård. Det skriver Sanna Bergman, som har arbetat natt i många år.

JAG BOR UTANFÖR Sundsvall, och har arbetat natt som undersköterska i över 25 år. Min nuvarande tjänst är delad mellan ett särskilt boende och ett demensboende, där jag även är palliativt ombud.

Under åren har jag sett hur utvecklingen stadigt har gått åt ett håll. Äldreomsorgen har drabbats av nedrustning med minskad bemanning, ökad arbetsbelastning och allt mindre tid för handledning och reflektioner. Teamarbete och kommunikation mellan professionerna får allt mindre utrymme.

Dorthe Birkmoses bok ”När goda människor handlar ont – om vanmakt och förråelse inom välfärden” (Natur & Kultur läromedel och akademi, 2025) beskriver så väl det vi redan ser och arbetar med.

Hon visar hur personal, trots goda intentioner, kan hamna i situationer där de agerar på sätt som riskerar att skada både dem själva och de människor de vårdar. Förråelse blir en copingstrategi när vanmakt, moralisk stress och brist på reflektion blir outhärdlig.

Jag känner igen det i vardagen; kollegor som blir hårdare i jargongen, som slutar stanna upp vid boendes sängkant, låter larmen ringa alltför länge och som bär mer än de orkar.

Peter Strangs och PKC:s arbete har betytt oerhört mycket för oss undersköterskor. Hans forskning och engagemang har hjälpt oss att se värdet i det vi gör – att vår närvaro, vår empati och



Foto: Anna Kästöm

Sanna Bergman – varnar för förråelsen.

våra samtal med patienter är centrala delar av den palliativa vården.

Han har också ökat förståelsen för det viktiga palliativa arbetet, både inom teamet och för ledningen. Hans fokus på helhetssyn, reflektion och närvaro påminner oss om varför vi är där: för att ge tröst, värdighet och stöd i patienternas sista tid, men också för att vårda oss själva som personal.

Peter Strangs arbete har gett oss ett språk och verktyg för att förstå och förklara vår yrkesroll, något som många undersköterskor tidigare haft svårt att sätta ord på.

Mitt engagemang för mina kollegor, både nya och erfarna, är starkt. Jag vill stötta dem, inspirera dem att våga re-

flektera och att fortsätta växa, även när tiden inte räcker till.

Att vi pratar med varandra, delar erfarenheter och stöttar varandra är avgörande – inte bara för arbetsmiljön, utan för att vi ska orka vara närvarande i vårt uppdrag.

VIBÄR ALLA på minnen av de människor har fått sitta hos vid livets slut. Dessa erfarenheter formar oss, men de blir tunga att bära ensamma. Därför måste samtalet vara en självklar del av vården – lika viktig som rutiner, mediciner och dokumentation.

Det är just ur dessa samtal, ur viljan att förstå och orka lite mer, som mitt eget behov av utveckling har växt fram. Efter ett långt yrkesliv vill jag fortsätta att lära – både för min egen skull och för mina kollegors. Därför studerar jag nu till specialistundersköterska för multisjuka äldre och palliativ vård via Kunskapsförbundet Väst i Vänersborg. Jag examineras i maj 2026.

Jag har valt att göra min LIA (Lärande i arbete) i Barcelos i norra Portugal, ett land där man på flera håll byggt upp palliativa verksamheter som betonar närvaro, reflektion och samarbete.

Jag vill se hur man i praktiken skapar förutsättningar för en vård som inte bara lindrar lidande, utan också ger personalen kraft att orka möta döden med värme och respekt.

Redan nu ser jag också det som en spegel av vad jag anser saknas hemma.



För att den palliativa vården i Sverige ska bli så värdig och mänsklig som den är tänkt att vara krävs mer än god vilja. Det krävs tid, utrymme och ledningens förståelse för det existentiella i vårt arbete.

Vi behöver en bemanning som tillåter närvaro. Att som personal slippa tvingas välja mellan att svara på tre larm eller sitta kvar hos en döende person. Det är orimligt att tala om en värdig död om personalen inte ges förutsättningar att finnas där i livets sista timmar.

Vi behöver också en struktur för reflektion och handledning. Det är där den palliativa kompetensen växer – men också där vi skyddar oss mot den emotionella utmattningen.

ATT ARBETA NÄRA döden är inte tungt i sig; det blir tungt först när vi inte får tala om det. När vi inte får sätta ord på sorg, frustration och skuld börjar vi stänga av, och det är då förråelsen tar vid.

Som Peter Strang så ofta påpekar – reflektion är inte ett tillval i vården, utan en form av återhämtning för själen. Där föds förståelse, där läks moralisk stress, där växer yrkesstolthet.

Chefer och beslutsfattare måste förstå att det palliativa förhållningssättet inte är något "extra", utan själva grunden för god vård. Reflektion måste planeras in i schemat, precis som läkemedelshantering och dokumentation.

Kontinuiteten är också central. I dag byts både undersköterskor och sjuk-

”Det är i de små stunderna vid sängkanten som vårdens kärna finns

sköterskor ut i en takt som gör det svårt att skapa trygghet för de boende. Den palliativa vården bygger på relationer. Man kan inte vara närvarande i någon annans sista tid om man inte känner personen.

Utbildning och språklig trygghet är en annan nyckel. Många undersköterskor saknar ord för att beskriva de existentiella dimensionerna av sitt arbete. Här har den palliativa vården en enorm potential, då den ger oss begrepp som värdighet, närvaro och tröst, och därigenom stärker vår yrkesidentitet.

Och slutligen, vi behöver modet att tala om döden. Döden är inte ett misslyckande. Den är en del av livet. När vi vågar se den, tala om den och dela den blir vården mer mänsklig, för både patienter och personal.

Det är i de små stunderna vid sängkanten som vårdens kärna finns. Där, i

stillheten, möts liv och död. Där provas vår mänsklighet och där kan den fortsätta att växa, om vi bara ges tid, tillit och modet att låta den göra det.

Min diktsamling, "Mellan liv och ingenting", är mitt sätt att ge röst åt allt det som annars inte får plats i arbetsvardagen. Jag har skrivit dikterna för mig själv, ofta efter att ha suttit vak hos någon vid livets slut.

Med tiden märkte jag, när jag visade dikter för kollegor, att de öppnade upp till samtal vi hade saknat, en möjlighet att dela våra erfarenheter av vak, av närhet och av avsked.

För mig har dikterna blivit ett sätt att inte ge upp, ett sätt att vårda både andra och mig själv. De hjälper mig att hålla fast vid det som är viktigt, när tid för reflektion inte längre ges på arbetsplatsen. Och de påminner mig om varför jag fortfarande väljer att finnas kvar i det palliativa arbetet. Varje människa förtjänar närvaro, värdighet och omsorg vid livets slut.

Sanna Bergman

Undersköterska, Skogsbrynet och Knutshemmet vård- och omsorgsboende, Stöde, Västernorrland

P.S. I december utsedd till Årets Palliatrice 2025 i Västernorrland av Mellannorrlands Hospice. Priset är en hospiteringsdag samt 10 000 kronor.

LÄS SANNAS DIKTER PÅ NÄSTA SIDA ►

Gråt, fel låt, varma händer och död het som chili

Ett nattvak – en dikt. I flera år har undersköterskan Sanna Bergman fångat olika slags farväl, som tröst och för att få kraft att vårda vidare. Här är några av dem.

Jag stannar i rummet

Jag stannar i rummet,
när hon ännu inte förstår att han dör.
Hans bröst höjer sig,
sjunker
och stillnar.
Hon ser på mig och
frågar om han sover.
Jag svarar inte direkt,
tar hennes hand,
lägger den i hans.
Den är kall.
Hon förstår.
Väntan är över.
Men sorgen har just börjat,
och min arbetsdag är inte slut.

Död med chili

Han vägrade äta.
”Den här maten smakar död!”
sa han
och knuffade undan tallriken
med fiskbullar i dillsås.

”Jag vill ha något med eld,”
sa han.
”Jag vill dö med smak i munnen.”

Så vi blandade i lite chili
från hans sons medhavda burk.
Och han log.
Tuggade.
Svor.

Tårarna rann.
”Nu snackar vi liv!”
skrek han mellan hostningarna.

Sen somnade han.
På riktigt.

Och vi visste inte
om det var chilin,
tiden,
eller meningen med allt
som till sist fick honom att släppa taget.

Men en sak var säker:
Han dog inte smaklös.

När radion spelade fel låt

Hon hade bett om Taube,
något stilla om havet.
Men radion bråkade
och spelade dansband i stället.
Jag hann inte byta.
Hon log svagt,
sa:
”Det får väl gå.”
Sen dog hon,
mitt i refrängen
om kärlek på en campingplats.
Och jag tänkte:
livet tar sällan farväl
som man tänkt sig.

Den sista rösten

En äldre man,
hård, tyst, rak.

En fårad ek

Ingen tår när benen bröts,
ingen klagan på smärta.



Illustration: AdobeStock

Men i slutet
när andetagen tunnades ut
och ögonen vidgades

sträckte han upp händerna mot taket
och grät:
”Mamma... Mamma...”

Vi stod där.
Inte längre vårdare,
utan vittnen till barnet
som bodde kvar i den döende kroppen.

Dagens fjärde död

Jag slår i skohyllan
på vägen ut.

Ingen ser.

Jag har varit professionell,
tyst, snabb, korrekt.

Men nu rinner det ut.

Dagens fjärde död
läcker genom mig
som vätska
ur ett trasigt kärl.

Åldrandets rytm

Huden är tunn, som papper mot mina händer.
Andetagen kommer korta, oregelbundna, som små vågor mot stranden en stilla kväll.

Fingrarna darrar lätt,
fötterna drar sig försiktigt ihop,
söker trygghet i den lilla kroppens rörelse.

Jag följer varje rörelse,
inte för att ändra den,
inte för att skydda mot något,
utan för att vara här,
nära, så nära som någon kan vara,
innan livet långsamt glider bort.

Tystnaden runt oss är tät,
men mellan andetagen finns värmen,
en känsla av närhet som talar utan ord.

När sorgen låter högt

Vi är vana vid tystnad.
Att döden ska vara stilla,
som i svensk manual.
Men de kom
ropade, grät, sjöng,
föll ner på knä.
Jag blev först rädd,
sedan rörd.
För deras sorg var kropp,
inte ord.
Vi andra bar den inuti.
De bar den utåt.
Och jag tänkte:
ingen form är fel,
bara olika språk
för samma förlust.

Väntan mellan liv och ingenting

Först var det bara jobbet.
Andras mödrar,
andras farbröder,
namn i pärmar,
sista andetag jag kunde lämna
i personalrummet
när skiftet var slut.

Men så dog min mamma.

Inte som patient,
utan som den som bar mig
och plötsligt inte längre fanns.

Efter det blev varje döende kropp
någon jag kände.
Varje darrande hand
påminde om hennes.

Jag kunde inte längre stå vid sängen
utan att känna mig liten.
Inte stänga en dörr
utan att höra mitt eget hjärta slå för högt.

Och ändå gick jag till jobbet.
Tog på mig kläderna.
Bäddade sängarna.
Satt vak.

För det är vad vi gör.
Vi bär vår egen sorg
i fickan bredvid arbetsmobilen.
Vi sörjer tyst,
medan vi håller andras händer.

Och ibland
när rummet är stilla,
när döden är nära,
och ingen annan ser

lägger jag hennes namn
bredvid deras.
Så ingen dör helt ensam.
Inte ens jag.

Det som inte fick ske

Vi visste inte allt.

När hon dog kom sonen in.
Stegen var tunga,
blicken klar.

"Vem tvättade henne?"
"Vi," sa jag.
"Med tvål och vatten."

Han stelnade.
Ett ögonblick av stillhet,
en klyfta mellan våra världar.

Jag förstod först inte.
Sen förstod jag.

För mig var det omsorg,
rena händer, en sista vård.
Men för honom var det ritual,
en helig sed,
rätt kön, rätt tid,
rätt sätt att vända kroppen.

Jag bad om ursäkt.
Han sa inget.
Bara en långsam nick,
ett tyst accepterande
av något som redan skett.

Och jag lärde mig då,
i det rummet där tiden stod still,
att värdighet inte alltid betyder
samma sak,
men alltid förtjänar att förstås.

Röster i hörnet

"Mamma?"
"Ja, jag kommer snart."
Hon sade det till någon som inte
fanns.
Men jag kände det ändå
en värme, ett andetag
som inte var mitt.

Ibland tror jag att vi alltid är två.
Två som vårdar.
Jag på utsidan,
någon annan på insidan.
Vi byts av tyst,
när det är dags,
så att ingen någonsin är ensam.

Ljuset i korridoren

När allt var över
och kroppen hämtats
satt jag kvar en stund.

Ljuset i korridoren
var hårt, blått,
som morgon efter fest.

Kaffemaskinen startade,
någon pratade om helg.
Ord som inte nådde hit.

Där någon nyss andats sina sista
andetag,
börjar nu dagen för andra.

Jag reste mig,
torkade händerna,
och gick vidare.

Det gör vi alltid.

Poesi: Sanna Bergman, undersköterska vid Skogsbrynet och Knutshemmet vård- och omsorgsboende i Stöde, Västernorrland.

DEBATT Socionomer inom palliativ vård:

Fattigdom har blivit en del av ”total pain”

Den ekonomiska ojämlikheten ökar i Sverige. Det får allvarliga konsekvenser för patienter och deras närstående inom palliativ vård – och för oss som försöker att hjälpa dem. Det skriver Socionomer inom Palliativ Vård.

Illustration: Linnea Blixt

I EN VILLA BOR 26 män från Ukraina. De hyr sängplatser av en privatvård, utan hyreskontrakt, för 3 500 kronor per månad. Det står flera sängar i varje rum. Huset är nedslitet. En del av männen jobbar vitt, andra svart.

Kuratorn träffar patienten, nu allvarligt sjuk och inskriven i ASIH, avancerad sjukvård i hemmet. Han är inskriven på arbetsförmedlingen och har sökt arbeten varje dag. För att försörja sig har han ibland jobbat svart.

Nu är han drabbad av en livshotande sjukdom. Kuratorn kontaktar ekonomiskt bistånd i kommunen, men utan hyreskontrakt går det inte att få ersättning för hyran. Pengarna patienten behöver till mat går till hyran för sängplats. Han har inga besparingar.

ETT LITET BARN skall dö. Han har en obotlig hjärntumör. Under barnets sjukdomstid har ekonomin blivit ansträngd. Pappan har inte råd att vara hemma med ersättningen för vård av allvarligt sjukt barn.

Barnet har på grund av sin sjukdom blivit känslig för ljud. Nu ska hyreslägenheten stambytas. Bostadsbolaget erbjuder inga ersättningslägenheter.

Kuratorn ringer fastighetsbolaget och väddar om hjälp med ersättningslägenhet för just den här familjen med hänvisning till den utsatta situationen. Fastighetsbolaget ber att få undersöka saken.

Dagen efter återkommer de med besked. Familjen kan få en ersättningslägenhet – men då måste de betala dubbla hyror.

EN PAPPA TILL ett döende barn kör buss i regiontrafiken. Barnet älskar sin pappa, han ger henne den trygghet hon behöver.

Familjens ekonomi bygger på pappans inkomst. Han jobbar skift. Pappans önskan är att få tjänstgöra dagpass för att kunna vara med dottern morgnar och kvällar.

Det är främst då hon behöver sin pappa, på morgonen när ångesten är som starkast och på kvällen då hon ligger hårt fastklamrad i hans famn.

Kuratorn kontaktar pappans chef,

Illustration: AdobeStock



” Vi möter i dag familjer som tvingas skuldsätta sig för att täcka upp för inkomstbortfall.

förklarar situationen och undrar om det är möjligt att tillfälligt erbjuda pappan dagpass. Chefen svarar att pappan kan säga upp sig om jobbets arbetstider inte passar.

DET HÄR ÄR BARA några dagsaktuella exempel på utsatta patienter inom palliativ vård. Flera aktuella rapporter visar att den ekonomiska utsattheten i Sverige ökar.

Oxfam (2025) konstaterar att nästan en halv miljon människor i Sverige lever i absolut fattigdom, samtidigt som inkomstklyftorna ökar. Arbetslösheten har i oktober 2025 passerat 9 %, enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar.

SCB (2024) rapporterar att 6 procent av befolkningen – drygt en halv miljon människor – inte har råd med grundläggande utgifter, vilket påverkar deras möjlighet att leva ett värdigt liv.

Röda Korset (2025) lyfter särskilt barnfamiljers utsatthet – många söker nu hjälp för mat, kläder och hygienartiklar, och ensamstående föräldrar drabbas hårdast. Den ekonomiska pressen leder till fysisk och psykisk ohälsa.

Även äldre påverkas kraftigt. Enligt PRO (2025) lever många pensionärer i ekonomisk otrygghet. Pensionen räcker inte till basala behov som medicin, värme och mat.

Kuratorer inom palliativ vård i

Sverige ser med stigande oro på de konsekvenser den här utvecklingen får för patienter och deras närstående. Att leva med en palliativ sjukdom drabbar hela familjen.

Ekonomiskt innebär en obotlig sjukdom i dag kraftigt försämrade inkomster samtidigt som kostnaderna blir allt högre för vård och omvårdnad, medicin, näringskomplement, hjälpmedel, sjukresor och sjukvårdsbesök.

Ersättningar från Försäkringskassan täcker inte den förlorade arbetsinkomst som sjukdom i familjen i realiteten för med sig. Vi möter i dag familjer som tvingas skuldsätta sig för att täcka upp för inkomstbortfall och familjer som hamnar hos kronofogden.

FÖR TIO ÅR sedan kunde kuratorer inom palliativ vård för det mesta – och i samverkan med berörda externa aktörer – lösa den här typen av utsatthetsproblem. I dag ser vi att de flesta möjligheterna till det stängs.

Inom palliativ vård talar vi om begreppet ”total pain”. Det är ett begrepp för när existentiell smärta förekommer samtidigt med dödsångest och fysisk och psykisk smärta i olika skeden längs den palliativa tidslinjen.

Vi kuratorer ser hur socioekonomiska faktorer och utsatthet i dag har blivit en del av upplevelsen av ”total pain”. Alltmer av tiden med våra

patienter går till att hantera den ångest och smärta som ekonomisk utsatthet medför. Det handlar om fattigdom som uppstår till följd av att man har drabbats av en livshotande sjukdom.

Vi vill poängtera att den här scenförändringen i samhället medför att socioekonomiska faktorer och utsatthet nu även drabbar familjer som tidigare inte har haft några större ekonomiska bekymmer. Dessa faktorer tillåts nu påverka livskvalitet och psykosocialt mående på ett sätt som vi inte har sett tidigare inom palliativ vård.

DÖDEN OCH DÖENDET angår oss alla. Vi behöver ta ställning till hur vi vill att vårt samhälle på kommunal, regional och riksnivå ska kunna säkerställa att livets sista tid inte ska behöva omgärdas av nytillkommen ekonomisk utsatthet och fattigdom utöver det lidande som en livshotande sjukdom i sig medför.

Det behöver tillsättas tillräckliga resurser som möjliggör för samhällets olika aktörer och myndigheter att åter kunna samverka i syfte att kunna lösa de ekonomiska problem och behov som uppstår för människor till följd av livshotande sjukdom.

Fattigdom kan inte tillåtas vara en del av ”total pain” för patienter som lever med livshotande sjukdom.



Anna Patzauer-Personne
Leg. Hälso- och sjukvårdskurator,
ordförande i Föreningen Socionomer
inom Palliativ Vård



Liselott Persson
Kurator, styrelseledamot i Föreningen
Socionomer inom Palliativ Vård

"Vi behöver kartlägga det våld som förekommer och sedan lägga pussel utifrån behoven", säger Amina Guenna Holmgren.



Amina Guenna Holmgren:

”Alla kan ställa frågan om våld”

Våld och tvång mot närstående och patienter inom somatisk vård är ett hittills outforskat område. För forskaren Amina Guenna Holmgren är det en huvudfråga – och något som angår alla som jobbar i vården.

DENNA RÄTT TYPISKA situation utspelar sig för ett par år sedan: Amina Guenna Holmgren arbetar kväll som sjuksköterska på neurokirurgen på Karolinska sjukhuset i Stockholm. En av patienterna, en man i 30-årsåldern, har en svår, förvärvad skallskada. På grund av den har han nedsatt kognitiv förmåga, och är ofta agiterad. Precis när hon böjer sig över honom mår han ett slag.

Amina Guenna Holmgren ryggar och säger bestämt: ”Nej, du slår *inte* mig!”

– Vi på neurokirurgen slog varje år i taket vid frågorna kring våld och sexuella trakasserier i medarbetarundersökningen. Och det är ju inte konstigt. Vi vet att många får personlighetsförändringar i samband med en hjärntumör eller en förvärvad skallskada och blir våldsamma, tafsar och slår. Det svåra som personal är att vi inte upplever att vi har några tydliga verktyg eller regelverk att förhålla oss till.

I stället får var och en – eller i bästa fall teamet tillsammans – försöka att reda i frågor som: Vad kan och bör man göra som personal? Hur blir det isåfall värdigt för både patient och personal?

Sedan flera år söker Amina Guenna Holmgren svaren som forskare. Hon doktorerade 2023 på en avhandling om

etiska, kliniska och juridiska aspekter på tvångsåtgärder i somatisk sjukvård.

I hennes nuvarande forskning är perspektivet det omvända, och inriktat på våld från patienter mot närstående partners och barn.

I de två första studierna intervjuar hon och hennes forskargrupp närstående och vårdpersonal om deras erfarenheter av våld från patienter inom somatisk vård.

Nästa steg är att använda samma kvalitativa metod i intervjuer med poliser, åklagare och personal inom socialtjänst.

– Analysen av de 25 närstående-intervjuerna, med partners och vuxna barn, var tung att göra, säger Amina Guenna Holmgren. Att vara närstående i en sådan situation är förstås fruktansvärt utmanande – att den som är din närmaste och som du bor med gör dig illa. En intervjuad säger: ”Mitt hem blev en terror-zon.”

Den som har älskat i lust måste nu hantera en relation i nöd, och med en partner som på grund av sjukdom och/eller behandling är våldsam, utan att sådana tendenser tidigare har funnits i relationen. Men hur mycket nöd kan man uthärda, och hur länge?

– Vi har sett i våra studier med närstående att det krävs ganska mycket

för att ta beslutet att lämna en döende person. Många biter ihop. Samtidigt beskriver de intervjuade också skam över att de går med på att utsättas för våld. Den förväntade döden hos ens partner beskrivs också ibland som en befrielse.

FLERA OLIKA TYPER av våld återges i intervjuerna: fysiskt (sparkar och slag), psykiskt (hot och elakheter), försummelse (att den drabbade patienten exempelvis inte tar hand om barnen på samma sätt som tidigare), ekonomiskt våld (att patienten antingen tar stora lån och spenderar pengar eller är extremt sparsam) samt materiellt våld (att patienten kastar och slår sönder saker).

Amina Guenna Holmgren

Gör: Forskare vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle vid Karolinska Institutet i Stockholm. I botten sjuksköterska.

Familj: Man och två barn, 7 och 9 år.

Studie på g: Intervjuer om våld i nära relation vid somatisk sjukdom med: närstående, vårdpersonal, socialtjänst, polis och åklagare.

Doktorsavhandling: ”Ethical and clinical aspects of restraint in neurosurgical care” (2023).

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►



Amina Guenna Holmgren med Sara Pettersson, lärarkollega på sjuksköterskeprogrammet.

”Det krävs ganska mycket för att ta beslutet att lämna en döende person.

Mer forskning om våld & övergrepp

Ramona Schenell vid Göteborgs universitet ingår i en Fortefinansierad grupp som 2023–2029 driver ett forskningsprogram om våld och övergrepp mot äldre.

Katrin Ceesay vid Linköpings universitet forskar om personalens erfarenheter av våld och övergrepp mot äldre personer som bor på särskilt boende.

Utgångspunkten för Amina Guenna Holmgrens forskning kring våld i nära relationer vid somatisk sjukdom är – precis som i studierna kring tvång – att peka på problemet och ringa in relevanta frågor. Lösningarna måste sedan formuleras i samråd och samverkan mellan lagstiftare, socialtjänst, sjukvård och omsorg – och framför allt med dem som är drabbade, menar hon:

– Säg, att en person med malign hjärntumör erbjuds att flytta till korttidsboende, hospice eller äldreboende, men att hen tackar nej. Samtidigt fortsätter våldet mot närstående och vårdpersonal. Om den våldsutövande personen då polisanmäls – vad kan det leda till? Samtidigt är den som utsätts

för våldet ett brottsoffer. Det är oerhört komplext.

Vad finns då att göra?

– Vi behöver lägga ett pussel för att rent konkret se hur stödet kan bli bättre. Hur tillvaratar man intresset hos en person med nedsatt beslutskompetens? Hur kan samverkan mellan olika myndigheter förenklas? Och hur dokumenterar man som sjukvårdspersonal att en närstående rapporterar att våld har förekommit? Ska man skriva in det i patientens journal eller skapa en helt ny journal, som då inte blir kopplad till patienten? Det finns många organisatoriska frågor som behöver lösas.

NÅGRA KONKRETA SAKER kan göras redan nu, hävdar Amina Guenna Holmgren. Det första är att rutinmässigt lyfta frågan. Kanske är det ansvarig läkare, kanske den person som har byggt den tryggaste relationen – undersköterska, arbetsterapeut, kurator...

Till den närstående kan frågan exempelvis vara: ”Hur har du det? Är kanske så att du utsätts för våld av din

partner?” Och till personen som är sjuk: ”Hur är det, du verkar ofta vara arg? Hur upplever du det själv? Blir du även arg hemma?”

Och sedan ge information: Att aggressionen kan bero på tumören eller skullskadan, och att vården kan erbjuda stöd.

– Alla kan ställa frågan. Att det inte görs beror nog ofta på rädslan för hur man ska hantera svaret. Här behöver sjukvårdspersonal en bra verktygslåda, och att någon ansvarar för att ta fram den.

– Jag minns hur jag själv under min tid på neurokirurgen hörde en patient prata i telefon med en närstående på ett väldigt aggressivt sätt, och hur jag tänkte: ”Herregud, hur ska det bli där hemma?” Sedan skickade jag hem patienten. Så här i efterhand borde jag förstås ha agerat och exempelvis rapporterat det till kurator för vidare stöttning.

Att göra frågan till rutin kan också vara i syfte att stödja patienten:

– Det kan ju också vara tvärtom – att det är den närstående som utövar våld mot den som är sjuk.

TILLSAMMANS KAN SÅ teamet aktivt arbeta för patientens, den närståendes och personalens bästa, menar hon:

– Läkaren kan behöva skruva på medicinering av exempelvis epilepsiläkemedel och kortison eller se över strålbehandlingen, arbetsterapeuten se över minimering av intryck, skolkuratorn kontaktas för att ge stöd till närstående barn... Hjälp och stöd finns, det gäller bara att koppla ihop allt.

– Sedan finns ett dilemma kring ansvarsbiten. Vem tar huvudansvaret? I dag är det alla – och därför ofta ingen.

Rent praktiskt är en vanlig rekommendationen vid våld i nära relationer att flytta isär, och lämna relationen. Vid en svår sjukdom kan det vara ett mer komplicerat steg att ta, menar Amina Guenna Holmgren:

– Alternativen för avlastning är inte optimala i dag. På många håll finns bara äldreboende och korttidsboende som alternativ till det egna hemmet, och hur blir det för en 40-åring med hjärntumör? Kanske kan man hitta lösningar via någon form av LSS-boende.

I ett större perspektiv ser Amina Guenna Holmgren sin forskning som bidrag till alla de patientgrupper och närstående där våld i nära relation kan knytas till en diagnos; exempelvis Parkinson och olika kognitiva sjukdomar.

– Ett mål framåt är förstås att titta på om det går att förutspå vilka patienter som kan bli aggressiva, så att man redan tidigt kan sätta in stöd. Det gör det också möjligt att skapa och tydliggöra vilka stödsatser som finns, inte bara från sjukvårdens sidan.

AMINA GUENNA HOLMGREN kan beskrivas som ivrig. Hon går snabbt, pratar snabbt och lyssnar aktivt.

Utöver modet att ge sig i kast med utmanande ämnen valde hon också

att tacka ja till en inbjudan från Eskil Degsell, närstående och aktiv i Svenska hjärntumörföreningen. Det var han som en dag ringde och bad henne att ingå i ett forskarteam. Idén att forska kring våld från personer med hjärntumör/förvärvad hjärnskada var alltså från början hans.

– Det är kontroversiellt, tycker vissa inom akademien. För mig är det tvärtom extra intressant – och självklart – att så handfast få med ett närståendeperspektiv. Svåra problem behöver angripas från många olika perspektiv. Det ökar också möjligheten att formulera frågor som kan göra skillnad, på riktigt.

Anna Kågström



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.

Läs mer & ansök idag!

 **Talkom**
www.talkom.se



Att fatta beslut om palliativ sedering kräver tydliga avvägningar. Gränslandet från norska Bergen är fångat av Jenny Lindberg.

Palliativ sedering – på goda grunder

När och hur kan och bör man erbjuda palliativ sedering? Färska rekommendationer från SFPM guidar i de etiskt och kliniskt utmanande valen.

PALLIATIV SEDERING ÄR en avsiktlig sänkning av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede. Det används för att lindra ett outhärdligt lidande som inte tillräckligt bedöms kunna lindras med andra metoder.

Genom att sänka patientens medvetandegrad förväntas patientens symtom i form av exempelvis smärta, ångest och andnöd att lindras. Syftet och den förväntade effekten är inte att förkorta livet, utan att lindra symtom.

Då SFPM (Svensk Förening för Palliativ Medicin) inte tidigare har haft några rekommendationer tog Etikutskottet i våras fram kliniska och etiska rekommendationer rörande djup kontinuerlig palliativ sedering (1).

Dessa är samstämmiga med de rekommendationer som finns i det Nationella Vårdprogrammet (2). Ungefär samtidigt uppdaterades de 15 år gamla riktlinjerna från Svenska Läkaresällskapet (3).

Det är viktigt att tydliggöra avgräns-

ningar kring både terminologi och tillämpning:

- * All behandling som leder till att patientens vakenhetsgrad sänks är inte palliativ sedering. Exempelvis är det inte palliativ sedering att ge patienten en insomningstablett som endast syftar till att patienten ska få en någorlunda normal nattsömn.

Likaså kan några av de läkemedel som ges i symtomlindrande syfte som biverkan ge upphov till sänkt vakenhet. Att använda dessa är inte palliativ sedering eftersom sederingen kommer som en bieffekt.

I slutskedet av en dödlig sjukdom förekommer dessutom att patientens vakenhet är sänkt som en del av döendet, och inte som en effekt av behandlingen.

- * Palliativ sedering ges för att lindra symtom orsakade av en livshotande sjukdom. Behandlingen ska inte ges enbart för att tillmötesgå patientens eller närståendes önskemål om det bedöms att andra behandlingsmetoder

kan lindra lika bra eller bättre.

- * Kontinuerlig djup palliativ sedering bör endast inledas hos patienter som är i livets absoluta slutskede med mycket kort förväntad överlevnadstid. En vanlig gräns i olika riktlinjer är 2 veckor (1, 4, 5) även en sådan prognosbedömning ofta är svår.

Planen att patienten aldrig mer ska vakna måste stå i proportion till den positiva effekt som behandlingen förväntas ge.

- * Övrig symtomlindrande behandling ska fortsätta. Palliativ sedering ersätter inte god palliativ vård.

Ställningstagande till vätske- och näringstillförsel ska tas separat utifrån patientens tillstånd och behov. Det palliativa teamet med sina respektive kompetenser bör vara lyhört för patientens upplevelse av sina symtom och erbjuda behandling i syfte att lindra.

- * Palliativ sedering är inte förstahandsvalet. Intermittent sedering kan ofta provas före kontinuerlig sedering och ger ofta tillräcklig lindring.

Kräver samtycke och samråd

- Palliativ sedering innebär en avsiktlig medvetandesänkning av en patient i livets slutskede för att lindra ett lidande som inte bedöms kunna lindras tillräckligt med andra metoder.
- Palliativ sedering syftar inte till att förkorta patientens liv.
- Informerat samtycke från patienten krävs när det är möjligt att uppnå. Närstående bör involveras.
- Beslutet att inleda kontinuerlig djup palliativ sedering ska fattas av patientens behandlande läkare i samråd med patienten.
- Samråd ska ske med en annan specialistläkare i palliativ medicin och med teamet. Andra specialister kan konsulteras vid behov (smärtteam, anestesikonsult m fl).

En längtan att få dö

Det är inte ovanligt att en patient uttalar en längtan efter att dö via uttryck som: "Det här är inte ett liv som ger värde". Situationen kan även vara belastande för närstående: "Allt är ju klart, hon vill bara få somna in".

Det palliativa teamet måste då lyssna och samråda för att förstå: Är patientens uppfattning ett uttryck för behandlingsbara symtom? Skulle en kortisonkur kunna ge lindring? Kan vi stötta de närstående så att patienten inte ska behöva känna att hen ligger sina närmaste till last?

I denna situation behöver teamet lyfta fram de fyra aspekterna på lidande. Vad säger exempelvis fysioterapeuten? Hon, som betytt så mycket tidigare i förloppet – hon känner verkligen patienten!

Intermittent palliativ sedering

Ibland är intermittent palliativ sedering en bra metod att lindra lindande. Exempelvis kan en Midazolampump under natten leda till att patienten mår

bättre på morgonen: "Nu vore det härligt att få komma ut på balkongen. Tror du att det går att ordna?"

En fördel med detta förfarande är att patient, närstående och team vet att midazolam ger sömn, att dosen var rätt och att åtgärden kan upprepas om patienten plågas på samma sätt igen.

Vem kan föra dialogen?

Palliativ sedering är en medicinsk ordination och görs primärt av läkare. Det är också läkaren som, i samråd med patienten, tar ställning till palliativ sedering. Viktig information om patientens symtom kan förmedlas av teamet.

Patienten bör försäkras om att symtom tas på allvar och att många behandlingsalternativ finns. Samtidigt bör teamet inte utlova framtida behandlingar utan att vara tydlig med att all behandling inte alltid blir aktuell.

Det förekommer att patient eller närstående framställer önskemål om att palliativ sedering ska tillhandahållas längre fram, senare i sjukdoms-

förloppet. Då är det bra om läkaren samtalar med familjen om detta. Det samtalet kan bli svårt att genomföra om andra teammedlemmar försäkrat patienten/den närstående om en sådan behandling alltid är tillgänglig om och när patienten önskar.

Ställningstagande till att starta palliativ sedering bör fattas av en läkare med specialistkompetens inom palliativ medicin (eller anesthesiologi) tillsammans med ytterligare en specialistkompetent läkarkollega (två-läkarbeslut).

I akuta situationer under jourtid kan ställningstagandet göras ensamt av en specialistläkare. Konsultation med en annan specialistläkare ska dock göras så snart som möjligt nästa dag.

Det ska alltid vara en specialiserad palliativ enhet som ansvarar för kontinuerlig djup palliativ sedering.

I de fall då kontinuerlig djup palliativ sedering ges i patientens bostad eller på ett särskilt boende ska ett specialiserat palliativt vårdteam ansvara för behandling och monitorering.

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►

”Målet är att palliativ sedering ska kunna erbjudas de patienter som behöver behandlingen, oavsett diagnos, ålder eller bostadsort, och att riktlinjerna följs.

Det ska finnas adekvat kompetens rörande behandlingen i teamet så att god säkerhet bibehålls under hela dygnet.

Preparatval och dosering

Midazolam är i regel förstahandsval vid palliativ sedering och propofol andrahandsval (1). I en nyligen genomförd svensk studie visades också att levomepromazin (Nozinan) används relativt ofta vid palliativ sedering (4).

Även om Nozinan är ett licenspreparat kan det vara ett bra alternativ, speciellt inom hemsjukvård eller om motorisk oro eller delirium är behandlingsindikation.

Vakenheten ska påverkas endast så mycket som fordras för att symtomlindring ska uppnås. I många fall kan man inleda med intermittент sedering och sedan övergå i kontinuerlig sedering om det är nödvändigt (1).

Är palliativ sedering en underutnyttjad metod?

Omfattningen av palliativ sedering varierar mellan olika länder. Jämförelser försvåras dock av att det inte alltid är samma definition som används (6).

Palliativ sedering verkar vara vanligast i Nederländerna och Schweiz, där frekvensen rapporteras till 17–18 % av alla dödsfall på palliativ enhet (5).

I Sverige har förekomsten av palliativ sedering troligen ökat de senaste 20 år från cirka 1 % av alla dödsfall inom specialiserad palliativ slutenvård 2006 (6) till 10 % av alla patienter som avled inom specialiserad palliativ vård 2025 (4).

De vanligaste indikationerna för palliativ sedering var i den svenska studien (från 2005) smärta och ångest, följt av

delirium, andnöd och illamående.

I internationella studier anges dyspné, delirium och smärta som de vanligaste symtomen som har föranlett palliativ sedering (7). Både i svenska och internationella studier har de flesta som får palliativ sedering en spridd cancersjukdom (4, 7).

Detta kan nog till stor del förklaras av att patienter med cancer generellt har haft större tillgång till specialiserad palliativ vård samt att de ofta har mer komplexa symtom än patienter som inte har en cancerdiagnos.

SFPM:s rekommendationer och Svenska Läkaresällskapets nya riktlinjer är tydliga. Det återstår att se hur de implementeras.

Målet är att palliativ sedering ska kunna erbjudas de patienter som behöver behandlingen, oavsett diagnos, ålder eller bostadsort, och att riktlinjerna följs. På så sätt kan en jämlik tillgång till behandlingen tillgodoses, då den inte ska bygga på subjektiva kriterier.

För Etiketskottet:

**Linda Björkhem-Bergman,
Gunnar Eckerdal,
Jenny Lindberg**

Scanna för referenser

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



Kontinuerligt och tidsbegränsat

Kontinuerlig djup palliativ sedering: Patienten är medvetslös men andas själv. Behandlingen planeras fortgå till livets slut.

Intermittent palliativ sedering: Tidsbegränsad sedering, till exempel över natten. Medger fortsatt kommunikation med patienten.

Patientfall

En 75-årig man har spridd lungcancer i ett mycket sent skede. Mannen har svår andnöd, smärta och ångest. Det har varit utmanande att lindra symtomen och han har kontinuerlig tillförsel av opioider och en låg dos midazolam via pump, då han har allt svårare att ta tabletter. Mannen är helt sängliggande. Andnöden blir värre vid ansträngning och detta leder till ökad ångest. Närstående är oroliga, då de ser att han lider.

I samråd med teamet, patienten och närstående tar läkaren beslut om intermittent palliativ sedering under 12 timmar med midazolam. Mannen får god lindring och sover lugnt. När han vaknar nästa dag kommer andnöden och ångesten tillbaka. Han ber att få fortsätta att sova. Läkaren samråder med en kollega och med teamet. Kontinuerlig djup palliativ sedering startas efter ytterligare samtal med patienten, som står fast vid att det är det han önskar. Mannen sederas och ter sig symptomfri när han sover. De närstående vakar vid patientens sida och är lättade över att mannen nu verkar vara lindrad. Han avlider två dygn senare med familjen runt sig.

Nationella konferensen: Klokskap, kunskap & och dans!

Fullsatt, folkligt och festligt – både mingelgolv och föreläsningssalar var proppade under fjolårets Nationella konferens i Stockholm, 18–19 november. För er som inte kunde vara där följer här referat, intervjuer och bilder; av och på kollegor!



När sorger vävs samman

Seminarium: När avsked pågår – sorg under sjukdomstiden

Föreläsare: Ann-Sophie Dahlberg, Specialistsjuksköterska palliativ vård, magisterexamen i omvårdnadsvetenskap, Silvasjuksköterska, Fruängsgården, Stockholm

Tina Fjordestam Specialistsjuksköterska palliativ vård, magisterexamen i omvårdnadsvetenskap, Palliativa teamet, Växjö

I MITT ARBETE som kurator i specialiserad hemsjukvård möter jag patienters och närståendes sorg dagligen. Därför var det fint att lyssna till en föreläsning om detta.

Väntesorg handlar om att förbereda sig inför en förlust, och om sorgen som uppstår innan döden har inträffat. Den sträcker sig över dåtid, nutid och framtid, och alla sorger vävs samman.

Väntesorgen handlar också om alla de verkliga förlusterna som uppstår under sjukdomsperioden. Den är smärtsam och kan leda till försämrad psykisk hälsa om den inte tas om hand.

Föreläsarna lyfte även fram positiva effekter av väntesorgen, då den ger de närstående möjlighet att utveckla copingstrategier genom en tidig bearbetning av den kommande förlusten. Det gör inte förlusten mindre smärtsam, men är en förberedelse för kommande sorg.

Vården, hela teamet, har en viktig uppgift att möta och stötta närstående för att lindra väntesorgen – fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt.

Föreläsarna avslutade med att läsa flera citat ur en kommande bok av Lina Stenborg, närstående till en svårt sjuk make. Den beskriver väntesorgen på ett berörande sätt.

”Är det något jag har lärt mig på vägen så är det just att det ryms så många olika sorger i en och samma. Det är inte bara sorg över en förlust utan sorger över sådant som aldrig blev och sådant som aldrig kommer att bli.”



Angelica Lenti
Kurator SSIH, Jönköping

Foto: Yanan Li



Dags för ett nationellt kompetenscentrum?

Seminarium: Socialstyrelsens reviderade riktlinjer för palliativ vård – vad vill vi säga till våra beslutsfattare?

Föreläsare: Birgitta Pleijel, projektledare Nationella riktlinjer palliativ vård, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

HUR SKAPAR VI en jämlik palliativ vård för hela Sverige? Under seminariet presenterade Birgitta Pleijel, Socialstyrelsen, de reviderade nationella riktlinjerna för palliativ vård.

Anledningen till att nationella riktlinjer behövs är enligt henne glasklar: Tillgången till palliativ vård är fortfarande ojämlig och vården erbjuds

alldeles för sent i sjukdomsförloppet.

De nya riktlinjerna förtydligar vikten av att palliativ vård bör ges oavsett livshotande tillstånd, ålder, vårdform och bostadsort.

För mig, som är fysioterapeut inom kommunal hemsjukvård och på vård- och omsorgsboende på en liten ort, är den här frågan högaktuell.

I Gävleborg där jag arbetar finns inget ASIH, och de specialiserade vårdplatserna inom slutenvården är få. Det ställer höga krav på rätt kompetens hos oss som möter patienter med palliativa vårdbehov dagligen.

Efter presentationerna hettade det till i diskussionen när NRPV:s ordförande Bertil Axelsson från publik-

plats ställde frågan:

– Är det inte dags för ett Nationellt kunskapscentrum? Vi behöver ökad kunskap hela vägen ut till Dorotea och Karlshamn, sade han och menade att de kunskapscenter som finns i dag inte når hela Sverige.

På frågan om hur den palliativa vården ska bli jämlik tror jag inte att vi har något svar ännu. Men att det behövs mer verkstad för att nå dit verkade samtliga i lokalen var överens om. Jag gick därifrån med en förhoppning om förändring.



Maria Calleberg
Leg. fysioterapeut, Rehabenheten
Söderhamns kommun



Vad tar du med dig från konferensen?



Sophie Wikström, arbetsterapeut inom kommunal primärvård, Uddevalla:

– Jag är här med fyra kollegor för att fylla på med ny kunskap. Uddevalla är en ganska liten kommun, det är bra att vi kan komma tillbaka och berätta om hur det ser ut forskningsmässigt inom den palliativa vården i Sverige. Det är också bra att hämta hem nya konkreta råd och tips till arbetet med våra patienter.

– Jag har jobbat som arbetsterapeut i 22 år, och sedan sju år inom kommunal primärvård med att hjälpa patienter på Säbo och i eget hem att få leva ett värdigt liv. Jag älskar mitt jobb, och försöker att lösa det mesta av patienternas önskningar.



Sjukvårdsminister Elisabet Lann invigningstalade.

Foto: Yanan Li

Vad tar du med dig från konferensen?



David Blomstrand, läkare SSIH, Eksjö:

– Jag har jobbat tre år inom palliativ vård, och fått med mig mycket av det kliniska. Här har jag valt att gå på flera föreläsningar som handlar om mer djuplodande, existentiella frågor och samtal med patienter.

– Jag är ingen expert på att prata om svåra saker, och tror att jag som läkare oftare ställer riktade frågor om en patients sjukdom.

Förhoppningsvis har jag samlat på mig några bra uttryck här som jag kan åka hem och öva på. Exempelvis lyfte psykiatern Ullakarin Nyberg en bra fråga: "Är det något vi behöver veta om dig för att kunna hjälpa dig bättre"? Den öppnar för flera olika sorts svar.

– Annars var det också ett intressant seminarium om psykiatriska diagnoser. Det är en patientgrupp som vi behöver lära oss mer om.

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►

Vad tar du med dig från konferensen?



Nelly Holst, undersköterska, Björkmossen vård- och omsorgsboende, Södertälje:

– Jag har haft kanon-dagar här. Synd att vi inte var fler från Södertälje kommun på plats, trots att det finns många palliativa ombud.

– Jag har bland annat lyssnat på seminarier om konst och kultur. Seminariet om sexuell hälsa väckte flera frågor; som hur fler kan våga ta sådana samtal, och om hur man kan dokumentera kring sexuell hälsa och sexuell aktivitet hos boende. Det är så viktigt att all personal bemöter det på ett kunnigt och respektfullt sätt. Och så var det här med spegelneuroner nytt för mig; det vill jag läsa på mer om.

– Jag har fotograferat och antecknat massor. Hur jag sedan ska förmedla allt till mina kollegor får jag ta med mina chefer.

Vilka förväntningar har du på konferensen?



Maria Linde, kurator ASIH i Järfälla-Upplands Bro & ledamot i SiP:

– Jag har jobbat länge som kurator inom vården, men bara i ett år som inom palliativ vård, och jag trivs så bra. Det är roligt att äntligen få jobba riktigt teambaserat, där professionerna sitter nära varandra, har dagliga möten och att jag även snabbt kan stämma av med läkare eller paramedicinare så att teamet har konsensus kring en patient.

– Här på konferensen vill jag bland annat gå på seminarier om barnpatienter, eftersom jag fortfarande jobbar en del med det. Allt nytt man kan inhämta är ett plus! Och så ska jag vara salsvärd.



Foto: Yanan Li

Snackpaus mellan seminarierna.

Bemötande vid psykiatriska tillstånd

Seminarium: Psykiatriska tillstånd i palliativ vård

Föreläsare: Ludvig Öhlund-Noreskär, överläkare på ASIH Stockholm Södra SPSV, Solberga Stockholm Södra. Specialistläkare i psykiatri och palliativ medicin.

DET SOM LÄMNAT ett stort avtryck hos undertecknade var föreläsningen ”Psykiatriska tillstånd i palliativ vård” med Ludvig Öhlund-Noreskär.

I vårt arbete som undersköterskor på en specialiserad palliativ avdelning möter vi dagligen människor i kris.

Listan kan göras lång av känslolanspann som patienten kan uppleva när hen står inför det faktum att livet går mot sitt slut. Och där är vi, undersköterskorna, då det är vi som tillbringar mest tid med den som är svårt sjuk.

Att då möta människor är ofta komplext, utmanande och många gånger svårt. Lägg till eventuell psykisk ohälsa eller svåra psykiatriska tillstånd hos patient – eller hos närstående – och situationen kan bli mycket utmanande.

Att veta hur man i sin yrkesroll

”Situationen kan bli väldigt utmanande.

bemöter detta samt vart och till vem man vänder sig är viktigt. I dagsläget upplever vi att både kompetens och kontaktvägar behöver utvecklas.

Vi vill passa på att tacka den person som mot slutet av seminariet lyfte frågan: ”Hur fungerar bemötandet inom den palliativa vården när det kommer personer med missbruksproblematik?”

Människovärdesprincipen är tydlig om människors lika värde och rätt till jämlik behandling. Frågan är om det fungerar så i praktiken? Möter vi verkligen människor så?

Det är något vi tar med oss till vårt arbete och vill jobba vidare med.



Marie Litsesjö & Kerstin Prins,

Undersköterskor (båda studerar till specialistundersköterskor i palliativ vård) vid Specialiserad palliativ avd, Falu lasarett



Artisten Emil Jensen fick publiken att både skratta och röras till tårar. Läs hans låttext på sid 5!

När sorger vävs samman

Seminarium: Existentiell utsatthet – när döden utmanar livet

Föreläsare: Peter Strang, professor emeritus i palliativ medicin, och Lisa Sand, socionom och med dr.

SEMINARIET HANDLADE om existentiell ensamhet och utsatthet vid svår sjukdom, och hur vi förhåller oss till dessa tankar.

Föredragshållarna beskrev hur vi, med hjälp av copingstrategier och ”livslänkar”, kan förenkla vardagen i dödens väntrum. De talade också om hur vi som medarbetare inom vård och omsorg kan möta dessa svåra frågor och tankar som den döende bär på.

När vi människor blir svårt sjuka uppkommer många existentiella tankar kring livet och döden, inte minst kring den upplevda ensamheten vid svår sjukdom.

Peter Strang beskrev att den känslan är som att vara i en glaskupa, och om hur det kan upplevas som om man är helt ensam i sina känslor – att inte bli sedd, känna sig separerad från andra och att behöva dö ensam. Här är stöd

från både närstående och personal av stor vikt.

Lisa Sand beskrev hur viktigt det är med vad hon kallar ”livslänkar”, som är ett slags copingstrategier för att kunna leva med den existentiella ensamheten. Här blir livslänkarna en symbol för liv och fortsättning, och därmed en hjälp för att kunna hantera situationen för den svårt sjuke personen.

Lisa Sand inskräpte också hur viktigt det är att patienten får närma sig döden i sin egen takt.

I slutet av seminariet presenterade Ersta diakoni ett förbättringsarbete för att kunna möta dessa frågor. De har skapat både en utbildning och en samtalsguide för att trygga personalen att kunna vara öppna för existentiella samtal vid livets slut.

Jag valde detta seminarium eftersom jag har samtal kring existentiella frågor med både boende och anhöriga på ett äldreboende i Alingsås. Jag fick med mig många bra tankar och ny kunskap.



Josefine Lindvall,

specialistundersköterska inriktning palliativ vård, Stadsskogens äldreboende, Alingsås

Vad tar du med dig från konferensen?



Susanne Jones, palliativt ombud Region Mellansverige och Region Dalarna samt barnsjuksköterska, specialiserad inom barnonkologi

– Jag får väldigt många idéer kring hur jag kan utveckla arbetet som palliativt ombud hemma för barnpatienter inom palliativ vård – inte minst från SOL-teamet här i Stockholm.

– Dalarna är ett ganska stort län, och den enda barnkliniken finns i Falun. Precis som SOL-teamet skulle vi också kunna ha ett insats-team som åker ut för att exempelvis byta en sond som har åkt ut för en barnpatient. Sådana små insatser kan ha en oerhört stor betydelse för livskvaliteten, i stället för att patienten måste åka till sjukhuset i Falun eller barnmottagningen i Mora.

– Jag har arbetat med barnpatienter i 36 år, och haft den här idén länge. Nu tänker jag göra ett nytt försök att få igenom den.

Camilla, 66 år:

”Så illa kan det inte vara”

Camilla är halvsidesförlamad efter en hjärntumör, men insisterar på att få träna den skadade sidan. Fysioterapeuten finner en desperat lösning – och förvånas över resultatet.

CAMILLA ÄR RELATIVT nybliven pensionär. Hon har i många år bott utomlands med sin make, som fortfarande arbetade som företagsledare. De har regelbundet spenderat somrarna i Sverige, så även denna sommar, när hon blir diagnostiserad med hjärntumör. Tumören ger en halvsidesförlamning.

Camilla vill komma hem till den stora enplansvillan för att inte tillbringa sin sista tid på sjukhus. Trots en relativt stillsam symtombild kopplas hon till det palliativa teamet, bestående av läkare, sjuksköterska och kurator.

Arbetsterapeut och fysioterapeut från kommunens rehab möter upp vid hemgången med de få efterfrågade hjälpmedlen. Camilla önskar minimalt med insatser från hemtjänsten.

Efter några dagar återkopplar hemtjänsten till fysioterapeuten att Camilla önskar träna. Hemtjänstpersonalen upplever även förflyttningarna med överflyttningsplattformen som tunga.

Fysioterapeuten åker till Camilla med sin arbetsterapeutkollega. De släpps in av maken. Camilla sitter i en fåtölj i vardagsrummet och ser ut över trädgården.

De samtalar om förflyttningarna, som Camilla inte ser några problem med. Det är viktigt att hålla igång, menar hon. Det gäller därför att ta tillvara alla tillfällen att träna, annars kan hon ju inte bli bra i sin förlamade sida.

Fysioterapeuten bekräftar vikten av vardagsmotion, men försöker att förklara hur tumörens läge innebär att den förlamade sidan troligen inte kan förbättras genom träning. Camilla avfärdar detta och menar att det inte kan vara så illa – det är det ingen som har sagt till henne på sjukhuset.

De samtalar vidare kring möjligheten att röra sig självständigt med en rullstol, för att kunna använda energin till roligare saker än förflyttningar.

Även detta avvisas av Camilla med argumentet

att det, trots det rymliga huset, inte finns plats att använda rullstolen inomhus. Efter att de har pratat om trädgården en stund kan hon däremot tänka sig en rullstol för utomhusbruk.

Arbetsterapeuten och fysioterapeuten tittar upp-givet på varandra och säger att de ska återkomma när rullstolen är levererad.

När rullstolen är på plats återupptas samma resonemang kring förflyttningar, och med samma utkomst. Till slut godkänner dock Camilla att prova ut rullstolen., med tillägget att hon önskar att den ska parkeras på terrassen.

Under ett par veckors tid återkopplar hemtjänsten att rullstolen inte används, och att förflyttningarna med överflyttningsplattformen blir svårare för varje gång. Rehab kan bara bekräfta hemtjänstens upplevelse.

NÄR FYSIOTERAPEUTEN ÅTER är på besök vill Camilla diskutera den uteblivna träningen. Fysioterapeuten blir alltmer frustrerad. Hon ser ingen rehabiliteringspotential i den förlamade sidan. Camilla avböjer förslaget att träna den andra sidan.

I stället försöker fysioterapeuten ta reda på hur Camilla hållit igång tidigare i livet, för att på så sätt kunna nå ett gemensamt mål för träningen. Alla försök resulterar i samma önskemål från Camilla – hon vill träna den förlamade sidan.

Till slut ger fysioterapeuten upp. Till nästa besök har hon med sig ett enkelt träningsprogram, riktat till strokepatienter, trots att det är i strid med hennes professionella kunskap.

Fysioterapeuten vill knappt berätta om det för sina kollegor. I journalen skriver hon endast: ”Erhåller träningsprogram.” Och tänker: ”Vad är det värsta som kan hända?”

Tacksamheten i Camillas ögon är stor. Noggrant studerar hon programmet. Någon genomgång av övningarna önskar hon dock inte.

Nästa dag meddelade hemtjänsten förvånat att Camilla nu accepterar att använda rullstolen. Hon är mycket nogga med att träningsprogrammet ska tas med under dagen, och är även öppen för ytterligare något hjälpmedel vid förflyttning.

När fysioterapeuten kommer på besök ser träningsprogrammet verkligen välanvänt ut, skrynkligt och kladdigt som det är i sin plastficka. Camilla är fortsatt mycket tacksam för övningarna.

Vid närmare undersökning är det dock oklart hur ofta hon egentligen tränar. Fysioterapeuten och arbetsterapeuten bestämmer sig ändå för att inte gå vidare med frågan när nu både komfortrullstol och lyft accepteras.

Fysioterapeuten har samtidigt svårt att släppa denna tvärvändning. När hon hör att Camilla är sängliggande åker hon dit igen, tillsammans med ett nytt, helt och rent träningsprogram.

På väggen vid sängen, bredvid bröllopsfotot och bilder på barnbarnen, hänger det gamla träningsprogrammet. Camilla ber den besökande dottern att raskt ta ner det gamla träningsprogrammet från väggen och sätta upp det nya.

”Nu kan jag träna när jag vill,” säger Camilla, medan ögonlocken blir allt tyngre. Fysioterapeuten lämnar rummet och Camilla med en ny insikt.

Reflektionsfrågor

1. Vad är det värsta som kan hända med att Camilla får ett träningsprogram av fysioterapeuten?
2. Vad symboliserar träningsprogrammet för Camilla?
3. Vilket stöd kan fysioterapeuten få av det palliativa teamet och av kommunens hemsjukvårdsteam kring detta patientmöte?



Ida Malmström

är leg. fysioterapeut, specialistkompetens inom onkologi vid Palliativvårdsavdelningen, Malmö, samt styrelseledamot i NRPV

drainova® ArgentiC, PleurX™ / PeritX™

Beprovade och patientsäkra produkter för symtomlindring i palliativ vård

Högkvalitativa och patientsäkra produkter för patienter med pleuravätska eller ascites.



Det bidrar till

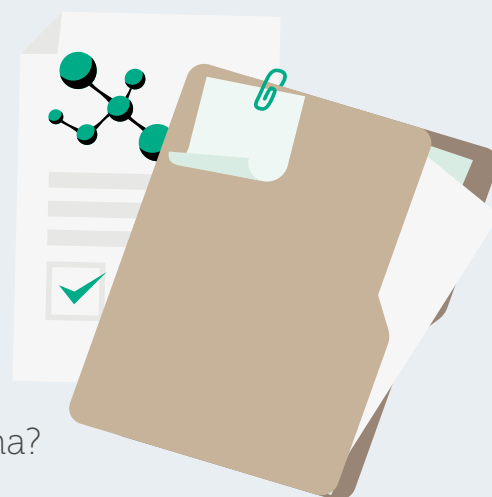
- + Ökad trygghet för patienten
- + Kontinuitet i symtomhanteringen
- + Frigjord vårdtid

Vill du veta mer?

Scanna QR-koden eller besök vår
webbplats på www.ewimed.se/merinfo



Målet – att få fortsätta att ”vara jag”



Vilka motiv ligger bakom önskan att få dö hemma? Det försöker en så kallad scoping review – som både samlar befintlig kunskap och pekar på kunskapsluckor – att ge svar på.

Bakgrund

Att få dö hemma beskrivs i palliativ diskurs ofta som önskvärt. Det bekräftas också i studier där man tillfrågat såväl friska som sjuka individer om deras preferenser för plats att vårdas under livets sista tid och död.

Att vårdas och dö hemma beskrivs ofta vara förenligt med ökat välbefinnande och en känsla av trygghet, givet att vården håller hög kvalitet och att närstående får det stöd de behöver.

Frågan är vad vi egentligen vet om vilka motiv och föreställningar som ligger till grund för människors benägenhet att föredra det egna hemmet som plats för död?

I den här studien har syftet varit att sammanställa befintlig kunskap om just detta.

Metod

Den metod man använt sig av är en så kallad scoping review. Det är en form av explorativ litteraturoversikt, där målet är att generera en sammansatt bild av både befintlig kunskap och kunskapsluckor inom ett särskilt område.

Litteratursökning gjordes under 2024, i databaserna PubMed, Cinahl, och Psycinfo genom kombinationer mellan ett antal sökbegrepp, som tillsammans med andra detaljer om tillvägagångssättet finns beskrivna i artikeln.

Artiklarna behövde ha fokuserat på att diskutera faktorer och motiv bakom

att människors preferens för att dö i eget hem. De skulle också vara skrivna på engelska och inkludera deltagare som var 18 år och äldre, samt vara publicerade under åren 2020–2024.

Resultat

Av totalt 419 identifierade artiklar bedömdes 17 uppfylla kriterier för studien. Av dessa studier kom sex från Kanada, fem från Europa, fem från Asien och en från Sydamerika.

Metodologiskt involverade elva av studierna kvalitativa data, respektive sex kvantitativa data från frågeformulär. Studiepopulationer i de olika studierna var patienter i varierande stadium av sin sjukdom, närstående samt (i en studie) hälso- och sjukvårdspersonal som vårdat personer fram till dödsfallet.

Tre teman identifierades som beskriv utgöra motiv för att välja (eller föredra) hemmet som dödsplats: Önskan om att bevara sin identitet – även uttryckt som känslan av ”att vara jag”. Motiv som relaterar till mellanmännisklighet. Därutöver fanns andra motiv.

Hemmet beskrivs som identitetsbevarande genom det bekvämt bekanta eller tröstande (eng. comfort), lugna och familjära. Det upplevs också vara trygghetsskapande och upprätthålla en sorts normalitet, liksom autonomi och en känsla av kontroll.

Till de mellanmänniskliga motiven hör att vara nära familj och vänner och/

eller en stödjande gemenskap för att undvika känslan av att bli ignorerad eller isolerad. Detta beskrivs bland annat ha formats av erfarenheter eller föreställningar om andra vårdmiljöer, inklusive de omständigheter som pandemin medförde, samt av civilstånd och möjligheten att kunna hålla fast vid sina egna rutiner eller traditioner.

Andra motiv som beskrivs är sjukdomstillståndet och upplevelsen av att ha behov eller symptom som går att hantera hemma, och hemmet som idealbild i samhället. Till de andra motiven – eller snarare faktorer som beskrivs – hör kön. Här beskrivs män (baserat på två studier från Tyskland respektive Japan) i större utsträckning än kvinnor föredra att dö hemma.

Även utbildningsnivå samt finansiella utmaningar kring andra vårdplatser (asiatiska studier) är ytterligare faktorer.

Vetenskaplig kommentar

Den här studien är ett lovligt initiativ med ambitionen att utröna vad som får människor att föredra hemmet som plats för död.

Metodologiskt finns en del utmaningar. Motiv till tidsperioden för de inkluderade artiklarna beskrivs vara effekterna av pandemin och potentiellt bestående preferenser för plats för död i eget hem.

Antalet dödsfall i eget hem steg i många länder under pandemin. Det

är emellertid mycket oklart i vilken utsträckning det finns en koppling mellan faktisk plats för död och preferenser under just pandemiåren.

En annan svårighet är underlaget vad gäller kontinenter. På flera håll i världen, Asien inte minst, är etableringen av specialiserad palliativ vård lägre och kostnaderna för vård utanför hemmet ofta inte fullt finansierad av ett offentligt välfärdssystem. Därmed blir kostnaden hög för den enskilde, vilket också nämns som en faktor i studien.

I två studier beskrivs män och högutbildade i större utsträckning föredra hemmet som plats för död. Det är känt från större material att utbildningsnivå, liksom att vara kvinna (det vill säga

inte man, som i de två studier vilka ingår i översikten) är associerat med högre sannolikhet att välja hemmet som plats för död än om man är man eller lågutbildad.

Författarnas slutsats är att det finns en rad olika kontextbundna och individberoende motiv som kan ligga till grund för människors önskan om att få dö i sitt eget hem. Man konstaterar också att få av de inkluderade studierna har haft ett direkt fokus att utvärdera människors motiv.

Fördjupad kunskap om de motiv och föreställningar som finns kopplat till preferenser för hemmet som plats för död kräver robusta studier på större material. Men kanske är det trots allt

mer angeläget att fokusera på det faktiska utfallet av att vårdas under livet sista tid i eget hem, i enlighet med sina preferenser.



Cecilia Larsdotter

professor i vårdvetenskap vid
Sophiahemmet högskola

Referat av studien:

"Motivations for choosing 'home' as one's preferred place of death: A scoping review". Av: Pike TD, Sargent MJ, Freeman S (2025). Palliative and Supportive Care 23, e102, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S147895152500029X>

Certifieringsprogram i palliativ vård Kunskapshöjning & kvalitetssäkring för enheten

Kombinera grundutbildningen *Lindring bortom boten* med en utbildningsmodul specifikt för ditt vårdyrke!

Med yrkesspecifika moduler och gemensam reflektion får ni kunskap och verktyg på din enhet för att på bästa sätt möta patienter med palliativa vårdbehov samt deras närstående.

Pris under våren 2026
395 kr/medarbetare



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



Betaniastiftelsen

Viktigt att möta patientens livsvärld

Samtal och radikal empati. I en pågående studie lyfts ett bredare perspektiv på vårdtagares existentiella behov och hur de kan mötas.

Bakgrund

Existentiella frågor har under senare år fått ökad uppmärksamhet.

I tidigare forskning och i policydokument beskrivs existentiella frågor och tankar ofta väckas i närheten av döden. Det existentiella framställs för det mesta i abstrakta termer och som något svårdefinierat. Vårdpersonal beskrivs ha en avgörande roll för att – oftast i samtal – möta vårdtagares existentiella behov.

Kritik har riktats mot att begreppet är för brett, abstrakt och intellektuellt. I svensk vård har begreppet "existentiell" i mångt och mycket ersatt engelskans "spiritual" vilket öppnar för en bredare förståelse men också väcker frågor om begreppets relevans och tillämpning.

Vad ska vi göra

Syftet med denna studien, "Från abstrakt begrepp till konkret vardag. Erfarenheter av existentiella frågor vid livshotande sjukdom och/eller hög ålder", är att utifrån ett fenomenologiskt livsvärldsperspektiv utforska och analysera levda erfarenheter av existentiella frågor vid livshotande sjukdom och/eller hög ålder.

Hur?

Hur beskrivs dessa erfarenheter? Vilken mening tillskrivs frågan om stöd i relation till existentiella behov och hur upplevs stöd från vården?

”Det är en påminnelse om att patienterna vi möter alltid är del av ett större sammanhang.

Varför?

Studien har en kvalitativ design och bygger på 18 semistrukturerade intervjuer med personer som lever med misstänkt begränsad överlevnad. Data analyseras fenomenologiskt med fokus på livsvärldsperspektivet.

Studiens analys visar att existentiella frågor, som alltså gärna beskrivs med abstrakta begrepp, påfallande ofta blev synliga i praktisk, konkret vardag: Deltagarna talade om kroppsliga erfarenheter, vardagen, relationer, tro och religion. De beskrev exempelvis hur det kunde skilja sig mellan att känna sig sjuk och att ha en sjukdom.

Relationer tillskrevs stor betydelse, både som källa till trygghet och som potentiell sårbarhet, som t ex:

”...det är inte bara jag som har drabbats utan det är ju alla runt omkring. Min man, mina barn, mina syskon, mina föräldrar”

Det är en påminnelse om att patienterna vi möter alltid är del av ett större sammanhang.

Förändring i livsvärlden, ohälsa eller att tvingas flytta till vård- och omsorgsboende, kan påverka hur delar av världen upplevs hamna utom räckhåll.

Detta kan i sin tur generera existentiella känslor av att inte höra hemma i världen.

Studien visar att existentiella erfarenheter vid livshotande sjukdom och hög ålder är mångfacetterade och ofta rotade i konkreta, vardagliga sammanhang.

Ett livsvärldsperspektiv möjliggör en mer nyanserad förståelse av dessa erfarenheter, där kropp, relationer och praktisk vardag samverkar.

Studien nyanserar föreställningen om samtalet som primär insats och fokuserar på hur praktiska handlingar, aktiviteter och delade mellanmänskliga möten kan öppna upp världen igen.

Resultatet visar på vikten av radikal empati via ett personcentrerat förhållningssätt i det professionella mötet med den andres unika livsvärld.



Carl Bäckersten

leg hälso- och sjukvårdskurator samt vårdutvecklare, Palliativt centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. MSW, Master i socialt arbete.

Prasadacarin Busk, buddhistisk andlig vårdare:

”Jag vill visa att vi finns”

Buddhistiska andliga vårdare är bra på existentiella frågor – för alla. Det menar Prasadacarin Busk, den första buddhistiska företrädaren som arbetar deltid på ett sjukhus.

1. Du arbetar sedan en tid som andlig vårdare på Karolinska sjukhuset i Solna, med särskilt inriktning på palliativ vård. Hur blev det så?

– Det är Trudy Fredriksson, ordförande i Sveriges buddhistiska gemenskap, som har drivit igenom det här pilotprojektet. Tanken är att öka medvetenheten hos patienter, anhöriga – och hos personal – om att det även finns buddhistiska företrädare att få existentiellt stöd och vägledning av.

2. Så vad gör du?

– Jag jobbar bara en halvdag i veckan. Nu, så här i början, har jag mest fått bekanta mig med hur Sjukhuskyrkan jobbar. Jag ska förstås också ut och möta patienter på olika avdelningar. Jag vet att kuratorn på avdelningen för specialiserad palliativ vård gärna vill samarbeta.

– Jag har också haft meditationer med sjukhuspersonal i sjukhusets Rum för stillhet. Det känns fint, och visar att jag finns. Inom vården är det nästan alltid personalen som ser till att patienter och anhöriga får veta att det finns buddhistiska företrädare.

3. Hur stort är behovet av buddhistiska företrädare?

– En del av dem som kontaktar oss är buddhister. Det finns också patienter som bara önskar att få prata



Prasadacarin Busk.

om existentiella frågor, och där de ser buddhismen som den närmaste livsåskådningen. Det finns ju ofta så många olika rädslor hos en döende person – rädslan för att ha ont, att lämnas ensam, att dö...

– Jag minns till exempel en patient, som var kristen, men ändå önskade att få prata med en buddhistisk andlig vårdare. Vi mediterade tillsammans och samtalade, bland annat om den tystnad som patienten även upplevde från personalen. Trots att patienten var döende var det ingen i personalen som var rustad för att prata om det. Där ser jag mig, i mitt jobb på Karolinska sjukhuset, som en bred existentiell resurs.

4. Hur kan man som patient få fatt i en buddhistisk företrädare i övriga landet?

– Vi har två koordinatörer – en för Götaland och en för Svealand och Norrland – som utifrån ett nätverk kontaktar företrädare. Det finns buddhistiska föreningar på 64 orter: Göteborg, Malmö, Kalmar, Linköping, Fellingsbro, Sundsvall, Östersund, Fredrika...

Anna Kågström

Buddhistisk andlig vård

Sveriges buddhistiska gemenskap (SBG) är ett nationellt samverkansorgan för olika gemenskaper i landet, och ett registrerat trossamfund. Sedan 2013 finns två koordinatörer – Trudy Fredriksson och Katja Panova – för buddhistisk andlig vård inom sjukvården.

Pilotprojektet på Karolinska sjukhuset i Stockholm pågår i ett första skede under ett år.

Läs mer på: sverigesbuddhister.se

Sjukhuskyrkan har ett statligt uppdrag att vid behov kontakta representanter för olika religioner. Anställningar inom sjukvården bekostas av samfundet, delvis med bidrag från staten.

Grattis, årets undersköterska!

Kompetent, lugn och med sinne för detaljer. Anna Aspenlind Lager vid SPSV Norrtälje Roslagen är Årets undersköterska.

MOTIVERINGEN ÄR SKRIVEN av hennes arbetskamrater, sjuksköterskorna Ewa Sigfrid och Johanna Alfredsson:

”Anna är en undersköterska som med sitt lugn, sin närvaro och sin yrkesskicklighet personifierar vad palliativ vård handlar om – att se hela människan och skapa trygghet i livets slutskede. Sedan hon år 2022 började på SPSV Norrtälje Roslagen, Forenade Cares vårdavdelning, har hon på kort tid blivit en självklar och ovärderlig del av teamet.

Anna bär med sig sitt palliativa förhållningssätt i allt hon gör. Hennes sätt att möta patienter och anhöriga präglas av värme, lyhördhet och respekt.

Hon ser de små detaljerna som gör den stora skillnaden – det där lilla extra som gör att anhöriga minns henne med tacksamhet långt efter vårdtiden.

Ett exempel är när hon tar med sin hund Diesel till avdelningen för att ge hundälskande patienter en stunds glädje och närhet – en gest som ofta berör djupt.



Anna och hennes hund Diesel, som är en kär, och återkommande gäst på avdelningen.



Foto: Privat

För kollegorna är Anna en klippa. Hennes lugn och kompetens skapar trygghet även i svåra situationer, och hon bidrar till en arbetsmiljö där både personal och patienter känner sig sedda och värdefulla.

Tillsammans med en sjuksköterskekollega driver hon ett förbättringsarbete för att implementera de 6 S:en på avdelningen, vilket visar hennes

engagemang för att utveckla vården och kvaliteten.

Anna är rätt person på rätt plats – en undersköterska som med sitt hjärta, sin kunskap och sitt engagemang förkroppsligar den palliativa vårdens kärna.”

Utmärkelsen Årets undersköterska delas årligen ut av UFPO, Undersköterskor för palliativ omvårdnad.

Lär mer under lunchen

Våren 2026 ger Betanistiftelsen och Nationella Rådet för Palliativ Vård (NRPV) fortsatt kostnadsfria lunchseminarier om palliativ vård. Passa på att ha en lärorik lunch!

Anmäl dig för att få tillgång till Zoom-länken via www.betanistiftelsen.nu

19 mars kl 12:30-13:00

Barn i palliativ vård

Föreläsare: Charlotte Castor, sjuksköterska och medicine doktor, Lund & Ann Forsberg, barnläkare och palliativmedicinare, Ängelholm
Kostnad: Gratis!

Torsdag 7 maj kl 12:30-13:00

ALS i palliativ vård

Föreläsare: Åsa Nord, läkare, specialist i palliativ medicin, Linköping & Anna Fyrenius, läkare, specialist i palliativ medicin och lungmedicin, Linköping
Kostnad: Gratis!



Bokrecension:

Lättläst och läsvärt

Obearbetad sorg borde inte få ödelägga någons liv, skriver läkaren Marianne Frisk-Stenholm, i sin sammanfattande bok om palliativ vård.

"DÖDEN KOMMER

ALLTID att finnas och ingen vet hur vi går den till mötes."

Det säger Marianne Frisk-Stenholm i "Den allra sista tiden – utmaningar och erfarenheter av palliativ vård" (Ekström & Garay, 2021). I boken delar hon med sig av sina erfarenheter som läkare efter 30 års teamarbete inom palliativ vård i Stockholmsområdet.

Utöver en kort historik kring hur palliativ vård har vuxit fram sedan medeltiden beskriver författaren olika symtom som kan uppkomma, och som den palliativa vården har till uppgift att lindra.

Ett kapitel handlar om det som händer efter döden. I Sverige som är ett mångkulturellt land finns det flera olika religioner att ta hänsyn till.

Palliativ vård innefattar även hjälp och stöd för efterlevande att finna sin



väg ut ur sorgen, vilket samhället har allt att vinna på. Marianne Frisk-Stenholm menar att obearbetad sorg inte borde få ödelägga någons liv, så det är viktigt att stötta efterlevande så länge de behöver.

Författaren har på ett kort och lättförståeligt sätt beskrivit palliativ vård och vad som kan hända i denna svåra

situation, den allra sista tiden.

Boken lämpar sig för såväl personal, svårt sjuka, närstående och alla som vill förstå döden bättre.

Genom olika patientfall visar hon hur vården kan lindra förtvivlan och plågor och få människor att känna trygghet och lugn inför mötet med döden.

Det är en lättläst bok som ger inblick i palliativ vård och hur viktig vården är – som en kärleksfull mantel som omsluter hjälpbehövande människor.



Kristina Grahm
kurator ASIH, Ängelholm

Grattis, bok-vinnare!

Här är vinnarna av de två böcker som lottades ut i PV4/2025.

Vinnare av Bianca Kronlöfs "Info från repan" (Albert Bonniers förlag, 2025):

Suzanne Röhstö, Gävle, Linda Möller, Smedjebacken, och Birgitta Aspengren, Hammarö.

Vinnare av "Våga stå kvar" (Votum, 2025): Maria Hammarlund, Bollnäs, Carl-Johan Leijonstaaf, Värnamo, och Hanna Svensson, Ljungbyholm.

Medlemsnytt
– pass på!Stipendium för
palliativa medicinare

Sök stipendium från SFPM till valfri kongress 2026–2027!

Passa på att inspireras till utveckling och förbättring! Syftet med stipendiet är att ge möjlighet att befästa, utveckla och fördjupa sina kunskaper i palliativ medicin. SFPM har två slutdatum för ansökan: 2026-03-31 och 2026-10-31. Mer information på SFPM:s hemsida.

Chefer möts i Östersund

Du som är eller vill bli medlem i Chefsföreningen i Palliativ Vård – nu är planeringen i full gång för vårens chefskonferens!

När: 16–17 april 2026, lunch till lunch!

Var: Östersund.

På programmet: Inspirationsföreläsningar för chefer.

Du som vill veta mer – kontakta Karin Nygren, ordförande i Chefsföreningen i Palliativ Vård: karin.s.nygren@regionstockholm.se eller på tel: 08-123 387 18

Arbeterapeuter – nu IRL

FaiP, Föreningen för arbetsterapeuter inom palliativ vård, har – för alla första gången – en fysisk föreningsträff!

När: 19 mars.

Var: Göteborg.

På programmet bl a: Arbetsterapeutisk teori med Lena-Karin Erlandsson, förflyttningsskapat med Erik Larsson, HMC Sverige, samt Carl Bäckersten om beteenden hos patienter och närstående som ibland kan upplevas obegripliga.

Kunskap till lunch

Föreningen för socionomer inom palliativ vård fortsätter med lunchseminarier för sina medlemmar.

18 mars: Maria Norinder, leg ssk, fil dr och adjunkt vid Marie Cederschiöld högskola, om "Ditt behov av stöd, Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT-I) i olika vårdkontexter".
22 april Elisabet Sernbo, socionom och fil dr i socialt arbete, Göteborg, om "Krisbegreppet i socialt arbete".

20 maj Steve Sjökvist, diakon och föreläsare, om "Ärlig närvaro".

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, Medicinsk Rådgivare Mobila team och Specialiserad Palliativ Vård

Kristina Grahn

Kurator, Ängelholm

Petra Tegman

Specialistsjuksköterska Vård vid kognitiv sjukdom (Demensvård) och Palliativ vård

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 **NYHETSBREV** spn@nrpv.se



Föreningen för
socionomer inom
palliativ vård

SiP

Föreningen för Socionomer inom
Palliativ Vård

www.fsip.se



SVENSK FÖRENING FÖR PALLIATIV MEDICIN

SFPM

Svensk Förening för Palliativ Medicin
www.sfpm.se



SJUKSKÖTERSKOR 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



Arbets terapeuter inom Palliativ vård

FÖRENINGEN FÖR ARBETSTERAPEUTER
INOM PALLIATIV VÅRD - FAiP

www.nrpv.se



Fysioterapeuterna

FYSIOTERAPEUTERNA - SEKTIONEN
FÖR ONKOLOGISK OCH PALLIATIV
FYSIOTERAPI

www.fysioterapeuterna.se



CHEFER I PALLIATIV VÅRD

CHEFER OCH LEDARE I
PALLIATIV VÅRD



SVENSK FÖRENING FÖR
PEDRIATISK PALLIATIV VÅRD
sfppv.barnlakarforeningen.se

NÄTVERK FÖR
SJUKHUSKYRKA
OCH TEOLOGER
INOM PALLIATIV
VÅRD



Konsten att leva!

Nationella konferensen i palliativ vård 2026

När vi närmar oss livets mest sårbara stunder blir det tydligt vad som verkligen betyder något. Årets tema, "Konsten att leva!", bjuder in till en fördjupad och inspirerande utforskning av det som skapar mening, tröst och livskvalitet när döden kommer nära.

Under tre dagar samlas yrkesverksamma, forskare och beslutsfattare från hela landet för att tillsammans fördjupa förståelsen av omsorg och mänsklighet i livets slutskede. Det blir en mötesplats för kunskap, inspiration, samtal och nya perspektiv.

Skicka in abstract senast: 1 april 2026



Nationella Rådet för Palliativ Vård

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET



Dödsfallsenkäten är uppdaterad!

Reviderade frågor, svarsalternativ och hjälptexter!

Läs mer på

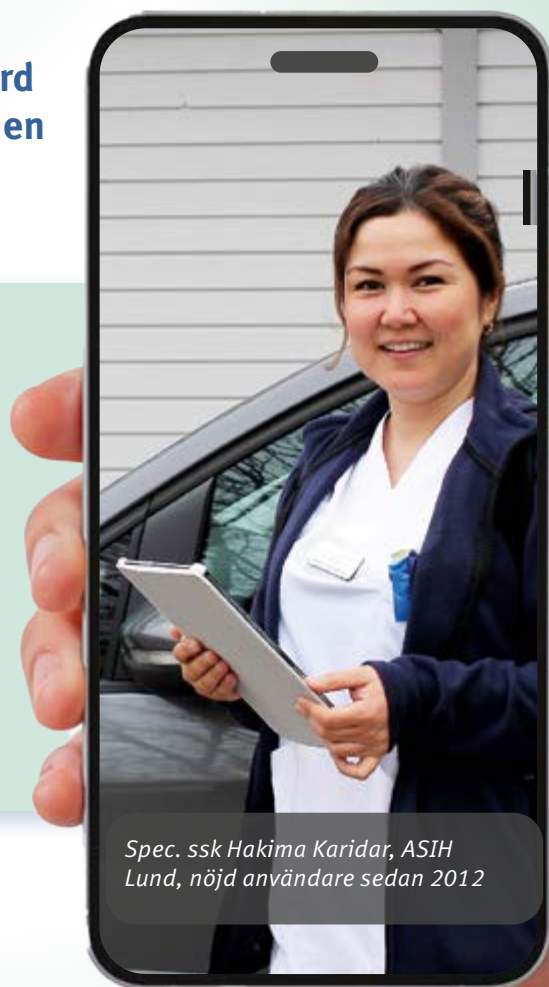
www.palliativregistret.se

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



*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 journalföring
- All lagring och kommunikation är krypterad
- Inloggning med SITHS-kort
- SaaS-lösning, ingen installation krävs

