Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 4· 2026



TEMA

Kloka kliniska val

Nationella Rådet för Palliativ Vård

neria™ guard

nordic INFUcare
Distributör • www.infucare.com

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

IMM.SE.138-02-OCT2025

TILLVERKARE AV NERIA™ : Unomedical A/S – A ConvaTec Company, Aaholmvej 1-3, Osted, 4320 Lejre, DENMARK

Hej Anette!

Du kom hem till min mamma häromdagen. Hon hade precis skrivits in i ASIH och plötsligt blivit sämre. Du bar en stor röd ryggsäck uppför trappan eftersom hissen inte fungerade. Du undersökte mamma, rådgjorde med en läkare och gav behandling. Men framför allt lät du samtalet med min mamma ta tid. När du skulle gå sa mamma:

– Nu känner jag mig nästan frisk!

Vad var det egentligen som hade hänt under ditt besök?

JAG HAR MÖTT många av er som forskar, utvecklar och arbetar inom den palliativa vården. Jag hör er berätta om samtalets betydelse. Men det är en sak att höra om det och en annan att sitta bredvid sin sjuka mamma och se vilken skillnad ett samtal kan göra.

Det här numrets tema, Kloka kliniska val, handlar om att välja vård som verkligen gör nytta för patienten. Svensk Förening för Palliativ Medicin har tagit fram fyra rekommendationer som också ska främja samtal mellan läkare och patienter. I flera patientfall får vi följa hur vårdpersonal resonerar kring svåra beslut. För kloka val måste utgå från den enskilda människan. Vem är hon och vad är viktigt för henne?

VI MÖTER TOVE Stenman, som forskat om förtroliga samtal. ASIH-sjuksköterskan Tatini Montgomerie berättar hur relationen hon bygger till patienterna skapar tillit till vården. Och läkaren Eric Wåglin, som ibland har 30 mil till en patient, skulle gärna hinna träffa fler. Samtidigt ser han en fördel med resorna: möjligheten att fokusera helhjärtat på en patient i taget.

Och jag tänker på den där röda ryggsäcken, Anette. På medicinerna och utrustningen, men också på erfarenheten, kollegorna och organisationen bakom ditt besök.

Men det jag minns allra starkast är att du verkligen lyssnade på mamma, och när du gick, kände hon sig – nästan frisk!

Välkommen att läsa!



Helena Eriksson Kjellgren
Chefredaktör



Vinn Peter Strangs nya bok!

I boken *Existentiell hälsa hos äldre* – kris och välbefinnande visar professor Peter Strang hur vårdpersonal kan möta existentiella frågor hos äldre, även vid kognitiv sjukdom. Boken skiljer mellan mening i livet, det som ger mening här och nu, och meningen med livet, hur vi ser tillbaka på våra liv. Den tar också upp frågan om det finns en högre mening med tillvaron och KASAM, existentiell ensamhet och döden som existentiell utmaning. Läs intervjun med Peter Strang på sidan 6.

Utlottning: Mejla din adress till tidskriften@nrpv.se senast den 7 januari 2026 och skriv ”Bokutlottning”. Tre vinnare får en bok!

Innehåll **Tema:** Kloka kliniska val

4 **Reflektion: Döds Dining** – konst som öppnar för samtal om döden

6 **Fyra frågor: Peter Strang om existentiell hälsa:** ”Människan vill leva, inte bara överleva!”

7 Tema:**Kloka kliniska val**

8 Att värna livet, tiden och människan: Martin Dreilich om att välja rätt vård för rätt patient

12 Tre patientfall: Om svåra avvägningar i vården av ett barn, en person med kognitiv sjukdom och en patient med ALS

19 Krönika: Sofia Dettmann frågar: Hur kloka är våra egna kliniska val?

20 På egen hand: Tre yrkespersoner– i förorten, på kliniken och i glesbygden

24 Nationella konferensen 2026: Tack Sundsvall! Möten och perspektiv från årets konferens



28 **Profilen:** Marlene Malmström om att arbeta i mellanrummen

32 **Cancerfondens handslagsturné:** Från nationella initiativ till konkreta resultat i Värmland

34 **Ny forskning:** Att mötas i det sköra – Tove Stenman om förtroliga samtal i palliativ vård

37 **Utbildning:** När döden blir en del av utbildningen – om konst och existentiella frågor

40 **Medlemssidorna:** Charlotte Castor om barnpalliativ vård – från eldsjälar till nationell struktur

Omslag: Linnea Blixt



Hur ser döden ut?
Har den en färg? En form?
Smakar den nåt?

Vad är viktigast för dig i livets slutskede? Hur skulle du vilja dö? Om du fick önska? Är det viktigt att ha dina nära runtomkring dig? Att slippa smärta? Vill du vara klar och medveten i dödsögonblicket eller skulle du hellre dö i sömnen?

Foto: Maja Daniels



Tänk på en person som du har
hållit i handen.
Försök minnas hur personens
hand kändes i din.
Var det en liten eller stor hand?
Var den varm eller kall?
Var den torr eller fuktig?

Ni håller varandra i handen.
Vad gör ni?
Är ni på väg någonstans?
Eller sitter ni stilla?

Hur kändes det att hålla
personen i handen?
Hur kändes det när personen
släppte din hand?

Texter: Tove Berglund, konstnär och regissör
Ur scenkonstverket Döds Dining som ingår i Mittuniversitetets satsning på konstnärliga inslag i professionsutbildningarna. Läs mer om detta på sidorna 37–39.



Foto: Lasse Burell

När existentiell hälsa ifrågasätts

”Människan vill leva, inte bara överleva!”

Inom palliativ vård har man länge arbetat med existentiella frågor. Men när begreppet existentiell hälsa fått en plats i folkhälsodebatten har det också väckt kritik. Vad säger Peter Strang, professor emeritus i palliativ medicin och aktuell med en ny bok i ämnet, om saken?

Var med i utlottningen av Peter Strangs nya bok, Existentiell hälsa för äldre, på sidan 3!

Vad tycker du har gått förlorat i debatten om existentiell hälsa?

– Det som gått förlorat är att existentiell hälsa handlar om att känna mening i livet, något som både existentiella tänkare och vetenskapen ser som helt nödvändigt. Det finns starka vetenskapliga samband mellan känslan av mening i livet och högre grad av välbefinnande, lägre grad av depression, oro och stress.

– WHO beskriver åtta olika aspekter som bidrar till upplevelsen av mening, oavsett om man är troende eller sekulär. Några av aspekterna handlar om existentiell kontakt, det vill säga en känsla av att höra till, förundran, existentiell inre styrka, harmoni och hoppfullhet. Människan vill leva, inte bara överleva!

Vad tillför begreppet existentiell hälsa inom palliativ vård?

– Begreppet ger en kompletterande bild av konkreta aspekter som ger mening i livet. I min bok beskriver jag hur personalen kan arbeta med de åtta aspekterna för att stötta äldre multisjuka personer eller personer med kognitiv sjukdom.

Varför tror du att existentiell hälsa engagerar och provocerar?

– Jag tror att begreppet provocerar en del kritiker som nog inte fördjupat sig i vad existentiell hälsa betyder. Vissa tror att det är något ”flummigt religiöst”. Men alla människor, även ateister, upplever existentiell kris någon gång i livet, med frågor som rör livet och döden, mening och meningslöshet, hopp och hopplöshet. Det viktiga är inte vad man tror på utan att övertygelsen i sig ger livet mening och riktning!

Hur kan vårdpersonal stärka mening, hopp och sammanhang, även hos personer med kognitiv svikt?

– Jag tror att många som arbetar med äldre redan gör det mesta rätt, men min bok kan kanske öka medvetenheten om att vardagsåtgärder och sådant som slarvigt kallas för distraktion har en existentiell betydelse.

– För en person med kognitiv svikt fungerar inte abstrakta samtal om existentiella frågor, men stödet behöver bygga på relationer och kroppslighet (som taktil massage). Stödet behöver vara rytmiskt, med återkommande trygga rutiner som stöder känslan av sammanhang, men också biografiskt, där vårdaren hjälper personen att komma ihåg sin identitet som mor, farfar eller syster.

– Vid uttalad kognitiv svikt är det viktigt att förstå att gemensamma stunder i köket eller en musikstund med kända sånger inte bara handlar om distraktion utan om att för en stund känna sammanhang, att man hör till även om man inte förstår varför.

Helena Eriksson Kjellgren



Foto: Miranda Solvang

Tema: Kloka kliniska val

Vad är ett klokt val – för just den här människan?

Den medicinska utvecklingen ger allt fler möjligheter att undersöka, behandla och förlänga liv. Men vad händer när en åtgärd som är medicinskt möjlig inte längre är till nytta för patienten?

Kloka kliniska val handlar om att göra det som verkligen gör skillnad. Ibland innebär det att välja bort en behandling, ibland att sätta in mer stöd och lindring. Och ibland att ifrågasätta de egna rutinerna.

Men hur vet vi vad som verkligen gör skillnad för den människa vi har framför oss?

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ▶

Att värna livet, tiden och människan

När blir en behandling som är medicinskt möjlig inte längre meningsfull för patienten?

Kloka kliniska val i palliativ vård handlar om att våga avstå från åtgärder som inte längre gör nytta – men också om att välja den vård som kan göra skillnad under den tid som återstår. Överläkaren Martin Dreilich, som har varit med och tagit fram nya rekommendationer, skriver.

ÄNTLIGEN, VAR min första tanke när jag för första gången blev uppmärksammad på Kloka kliniska val. Nu kommer det att bli mer eftertänksamhet hos behandlande läkare och fler nödvändiga samtal med patienter och närstående!

Jag har genom åren träffat många patienter som remitterats för vård i livets slut och som från början fått bästa tänkbara behandling mot sin sjukdom men ändå inte förstått om behandlingen de fick skulle göra dem friska eller om de skulle förbereda sig för döden. Att kommunicera och vara tydlig med målet för vården görs redan i dag, men det saknas ofta en dialog kring behandling och prognos. Samtalets innehåll behöver även kompletteras med information om patientens inställning och förståelse för sin situation för att optimera vårdens insatser.

När medicinen inte räcker

Samtidigt har den medicinska utvecklingen gjort dessa avvägningar komplexa. Den moderna sjukvården kännetecknas av stora medicinska framsteg. Nya läkemedel, avancerad teknik och förbättrade behandlingsmöjligheter har skapat förutsättningar att behandla sjukdomar som tidigare betraktades som obotliga. Samtidigt väcker utvecklingen en viktig fråga: när är en medicinsk åtgärd till nytta för patienten, och när riskerar den att bli en belastning? I palliativ vård blir denna fråga särskilt betydelsefull eftersom målet inte primärt är att bota sjukdom utan att skapa bästa möjliga livskvalitet under den tid som återstår.

Sverige är anslutet till Choosing Wisely International genom Svenska Läkaresällskapet (SLS). Genom att underteckna den internationella avsiktsförklaringen har SLS åtagit sig att verka enligt de bärande principerna för Choosing Wisely-rörelsen. Syftet är att främja samtal mellan läkare och patienter för att välja vård som är evidensbaserad, undviker onödiga eller upprepade åtgärder, inte orsakar skada och som är meningsfull för den enskilda människan. Initiativet betonar professionens ansvar att kontinuerligt värdera nyttan av medicinska insatser och att stärka patientens delaktighet i beslutsfattandet. I palliativ vård blir dessa principer särskilt viktiga eftersom vårdens mål successivt förändras från att främst påverka sjukdomens förlopp till att i ökad utsträckning främja livskvalitet, lindra lidande och stödja patientens egna prioriteringar.

Inom palliativ vård ligger detta synsätt nära den filosofi som Dame Cicely Saunders, hospicerörelsens grundare, utvecklade under 1900-talet. Hennes kanske mest kända budskap var att man inte bara vårdar en sjukdom utan en människa. Saunders beskrev begreppet ”total pain” – den totala smärtan – där fysiska symtom samspelar med psykiska, sociala och existentiella dimensioner av lidandet. För att verkligen hjälpa en människa med en obotlig sjukdom krävs därför mer än medicinska behandlingar. Det krävs förståelse för personens livssituation, relationer, oro, hopp och värderingar.



Foto: Miranda Solvang

Ur ett palliativt perspektiv uppstår dock en viktig reflektion. Choosing Wisely-rörelsen och Kloka kliniska val har i första hand utvecklats för att identifiera undersökningar, behandlingar och vårdinsatser som inte bör utföras eftersom de saknar evidens, riskerar att orsaka skada eller inte tillför något meningsfullt värde för patienten. Inom palliativ vård behöver detta perspektiv kompletteras med en annan lika viktig fråga: vilka insatser riskerar patienten att inte få trots att de skulle kunna minska lidande och förbättra livskvaliteten?

Vad är viktigt för patienten?

Många patienter med avancerad sjukdom genomgår fortfarande ett stort antal sjukdomsinriktade utredningar, behandlingar och uppföljningar samtidigt som deras palliativa behov uppmärksammas sent eller otillräckligt. Ur ett palliativt perspektiv handlar kloka kliniska val inte enbart om att välja bort, utan också om att välja rätt. Det verkliga målet är att frigöra utrymme för insatser som skapar värde för patienten.

> **”Ett klokt kliniskt val måste därför utgå från vad patienten upplever som värdefullt snarare än från vilka medicinska åtgärder som finns tillgängliga.**

Min erfarenhet är att utan dialog med patienten och närstående riskerar undersökningar, provtagningar eller behandlingar att fortsätta utan tydliga mål. Det kan både skapa falska förhoppningar hos patienten och öka lidandet. Dels för patienterna som utsätts för ”överbehandling”, dels för alla som väntar i en vårdkö när vårdens resurser inte används optimalt!

Patientperspektivet, att vi utför personcentrerad vård, blir därför avgörande. När sjukdomens konsekvenser blir alltmer begränsande förändras ofta patientens prioriteringar. För många patienter blir frågor om symtomkontroll, självständighet, relationer, trygghet och möjlighet att vara hemma viktigare än ytterligare behandlingar med osäker eller begränsad effekt. Ett klokt kliniskt val måste därför utgå från vad patienten upplever som värdefullt snarare än från vilka medicinska åtgärder som finns tillgängliga.

Hjälpen behöver komma tidigare

I den tidiga palliativa fasen kan

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ▶



Foto: Miranda Solvang

sjukdomsinriktade behandlingar fortfarande vara både meningsfulla och värdeskapande. Cytostatikabehandling, strålbehandling, kirurgi eller andra interventioner kan ge symtomlindring, förbättra funktion och ibland förlänga livet med bibehållen livskvalitet. I dessa situationer finns ingen motsättning mellan palliativ vård och aktiv medicinsk behandling. Tvärtom kan tidigt integrerad palliativ vård skapa bättre förutsättningar att värdera nyttan av olika behandlingsalternativ och hjälpa patienten att fatta välgrundade beslut. I dag saknas i många fall palliativ kompetens i de sammanhang där beslut om behandlingar sker, något som behöver förändras för att undvika att vi fortsätter med vårdinsatser som inte skapar värde för patienterna.

Begreppet ”palliativ” uppfattas ofta felaktigt av både kollegor och allmänhet som vård i livets slut, och många missar att det handlar om personcentrerad vård med helhetssyn på människan. Att hålla sig ifrån termer som förknippas med döden är naturligt för den som inte accepterat sin sjukdom och situation. Det tar ofta tid och inte sällan behöver personer hjälp att bearbeta besked om allvarlig sjukdom eller en situation som hotar deras liv. Min erfarenhet är att när vi ska kommunicera med patienter med allvarlig sjukdom behöver både vi inom vården, patienter och närstående få möjlighet att förbereda oss. Jag hoppas att kloka kliniska val kommer att underlätta för de nödvändiga samtalen och att den palliativa kompetensen får en naturlig plats tidigare i sjukdomsförloppet!

”Min erfarenhet är att när vi ska kommunicera med patienter med allvarlig sjukdom behöver både vi inom vården, patienter och närstående få möjlighet att förbereda oss.

Efter hand som sjukdomen fortskrider behöver dock varje behandling kontinuerligt omprövas. När en behandling inte längre påverkar sjukdomens förlopp, inte förbättrar symtom eller innebär en belastning som överstiger den förväntade nyttan riskerar den att förlora sitt värde för patienten. Det är här de kloka kliniska valen blir aktuella för oss som arbetar med palliativ vård, det vill säga vilka vårdinsatser vi inte ska utföra.

I arbetet med SFPM:s Kloka kliniska val utgick arbetsgruppen från alla de publicerade internationella rekommendationer som rörde palliativ vård inom Choosing Wisely, som vi därefter anpassade och utvärderade för våra svenska förhållanden. I dialog med SFPM:s styrelse och även styrgruppen för Kloka kliniska val inom SLS valdes de första palliativa rekommendationerna ut och publicerades nu under hösten. I ett första steg publiceras de rekommendationer som handlar om insatser

som ska undvikas, men vår förhoppning är att arbetet fortsätter kring fler Kloka kliniska val.

Mer vård kan vara rätt vård

Sammanfattningsvis vore det ett missförstånd att tolka palliativ vård som att mindre vård alltid är bättre vård. Ofta är situationen den motsatta. Många patienter får för lite palliativ vård snarare än för mycket. Smärta, illamående, andnöd, ångest, depression och existentiell oro är vanligt förekommande och riskerar att vara otillräckligt behandlade. Närstående kan sakna stöd och information. Brytpunktssamtal genomförs ibland sent eller inte alls. Specialiserad palliativ kompetens kopplas ofta in först när patienten är mycket nära livets slut.

Från ett palliativt perspektiv handlar därför kloka kliniska val många gånger om att aktivt välja symtomlindring framför ytterligare sjukdomsinriktade åtgärder när dessa inte längre skapar värde. Det kan innebära att prioritera smärtbehandling framför ytterligare diagnostik, att erbjuda avancerad symtomkontroll i stället för akuta sjukhusinläggningar eller att avsätta tid för samtal om patientens mål och önskemål i stället för ytterligare uppföljningsbesök utan tydligt syfte.

När sjukdomen närmar sig livets slut blir denna prioritering ännu viktigare. Varje undersökning, transport, provtagning eller behandling behöver då vägas mot det den kostar i tid, energi och belastning. För patienten kan en eftermiddag med familjen innebära större värde än ytterligare en sjukhusvistelse utan rimlig möjlighet till förbättring. Att identifiera när sjukdomsinriktade insatser inte längre bidrar till patientens mål och i stället stärka de insatser som lindrar lidande är därför ett av de viktigaste kloka kliniska val som vården kan göra.

Kloka palliativa val handlar inte främst om att göra mindre, utan om att undvika sådant som saknar värde för patienten och samtidigt säkerställa att patienten får tillgång till de insatser som faktiskt gör skillnad. Målet är inte färre vårdåtgärder utan mer meningsfull vård, där varje insats bidrar till livskvalitet, trygghet och lindring utifrån patientens egna prioriteringar.



Martin Dreilich
Med. dr, överläkare, Capio, ASIH
SFPM:s arbetsgrupp för Kloka kliniska val

Fyra kloka kliniska val

Svensk Förening för Palliativ Medicin, SFPM, har tagit fram fyra rekommendationer för Kloka kliniska val inom palliativ medicin. Avsikten är att främja samtal mellan läkare och patienter för att välja evidensbaserad vård som skapar värde för den enskilda människan.

Begränsa rutinmässig användning av antipsykotiska läkemedel vid symtom på delirium.
Evidensen för att läkemedlen minskar symtombördan vid delirium i livets slutskede är begränsad, medan omvårdnadsåtgärder som närvaro bör prioriteras.

Undvik intravenös vätska i döendefasen.
Intravenös vätska verkar inte ge symtomlindring, exempelvis minskad törst i döendefasen, och kan samtidigt öka risken för bland annat andnöd.

Undvik blodtransfusioner baserat på hemoglobingränser i avsaknad av symtom, eller om tidigare transfusion inte gett upplevd nytta.
Andnöd och trötthet i livets slut kan ha flera orsaker och behöver inte följa Hb-värdet. Därför bör nyttan av transfusion bedömas utifrån symtom och utvärderas individuellt.

Undvik syrgasbehandling vid icke-hypoxisk dyspné.
Syrgas ger inte symtomlindring vid andnöd hos patienter i livets slut när saturationen är 90 procent eller högre; handhållen fläkt kan däremot lindra.

Källa: Svensk Förening för Palliativ Medicin, september 2026, och Martin Dreilich.

Ett patientfall från barnpalliativ vård

När nästa undersökning inte längre är självklar

En femårig pojke med en obotlig hjärntumör har en ny MR-undersökning inbokad enligt vårdprogrammets rutiner. Men när vårdens mål har förändrats uppstår frågan: Vad kommer undersökningen egentligen att tillföra?



Foto: AdobeStock

EN FEMÅRIG POJKE har diagnostiserats med ett höggradigt gliom centralt i hjärnan och genomgått strålbehandling enligt nationellt vårdprogram för hjärntumörer hos barn. Vid rutinmässig uppföljning med MR åtta månader efter diagnos konstateras tumörprogress. Efter multidisciplinär konferens och samtal med familjen fattas beslutet att övergå till enbart symtomlindrande vård; ingen ytterligare tumörriktad behandling anses kunna leda till bot.

Pojken har vid denna tidpunkt god symtomkontroll med låg dos kortison, inga fokalneurologiska bortfall och ingen huvudvärk eller illamående/kräkningar. Nästa rutin-MR i narkos, redan inbokad enligt vårdprogrammets ordinarie åttaveckorsschema, kvarstår dock i kalendern. Teamet fortsätter planera för undersökningen – dels av vana, dels för uppföljning i kvalitetsregister, och dels för att familjen upplevt kontrollerna som en trygghet. Samtidigt har pojken en uttalad nålfobi, och de senaste nålsättningarna för att ge kontrast och sedering har varit påfrestande. Föräldrarna nämner själva en oro inför nästa besök, men ifrågasätter inte den planerade kontrollen.

Samma mål - barnets bästa

Barnpalliativ vård och Kloka kliniska val (KKV) delar samma utgångspunkt: att göra det som har värde för patienten utifrån dennes mål och förutsättningar, snarare än att göra allt som är möjligt. Palliativ vårdfilosofi bygger på symtomlindring, delaktighet och att undvika påfrestande insatser utan proportionerlig nytta – i praktiken en form av KKV-tänkande: ett ifrågasättande av olika insatsers faktiska nytta för den enskilda patienten.

Det är därför lätt att tro att palliativ vård per definition är fri från lågvärdesvård. Men en brytpunkt i sjukdomsförloppet innebär sällan en fullständig omstart av vårdplaneringen. Etablerade vårdprogram, uppföljningsscheman och kliniska rutiner – utformade för en aktiv behandlingsfas – fortsätter ofta att styra vården framåt även när de bakomliggande förutsättningarna förändrats i grunden. Ingen har egentligen fattat ett aktivt beslut om att fortsätta undersökningarna; de fortsätter för att det är så den här typen av hjärntumör följs.

Vad skulle undersökningen förändra?

Frågan i fallet är inte om MR-undersökningen i sig saknade värde – ett nytt fynd skulle kunna påvisa hydrocefalus som motiverade shuntning, eller en symtomgivande härd som kunde behandlas med palliativ strålbehandling, vilket skulle vara en väletablerad och lågintensiv insats. Frågan är i stället om den schemalagda, symtomoberoende kontrollen tillför något just nu.

Genom att använda KKV:s centrala frågor – kommer svaret att förändra handläggningen? Finns en i förväg definierad åtgärd kopplad till ett möjligt fynd? Vilka bördor och risker medför undersökningen? Vad händer om vi inte utför den (just nu)? Är detta vad familjen egentligen önskar, när alternativen är tydligt presenterade? – kan teamet omforma en annars tyst rutin till ett aktivt, informerat val.

I stället för att fråga ”ska vi hoppa över MR-undersökningen?” frågade man ”vad skulle vi göra annorlunda beroende på vad den visar?”. När svaret blev ”inget, så länge han mår som nu”, blev det tydligt för alla, inklusive föräldrarna, att den inbokade tiden snarare var uttryck för gamla hjulspår än nödvändighet. Man enades om en individualiserad, symtomstyrd plan: förnyad MR endast vid nytillkomna tecken, där undersökningsresultatet kan leda till att man gör något i syfte att gagna barnet. Den rutinmässigt bokade kontrollen avbokades gemensamt, till lättnad för hela familjen.

Från rutin till medvetet val

Fallet illustrerar att KKV i barnpalliativ vård sällan handlar om att göra mindre för sakens skull, utan om att koppla varje insats till en tydlig fråga och en förutbestämd konsekvens. Vårdprogram saknar ofta en inbyggd ”omstartsknapp” vid brytpunkt, vilket gör att kliniker aktivt behöver identifiera var rutinen och patientens bästa glidit isär. Det är i dessa tysta, oreflekterade vanor – snarare än i de stora, dramatiska besluten – som KKV-principerna gör störst nytta i barnpalliativ vård.



Anders Castor
Barnonkolog, Skånes universitetssjukhus och ordförande, Svenska Läkaresällskapets etikdelegation



Åsa Gruvberger
Intensivvårdssjuksköterska BIVA, Skånes universitetssjukhus och Pediatriskt Palliativt Konsultteam, Södra sjukvårdsregionen

Reflektionsfrågor

1. Vilka rutinmässiga kontroller eller prover i din verksamhet skulle inte förändra handläggningen om patienten redan befinner sig i en palliativ fas?
2. Hur säkerställer ni att en brytpunkt i vårdplaneringen även innebär en aktiv omprövning av redan inplanerade insatser enligt vårdprogram?
3. Hur kan frågan ”vad händer om vi inte gör åtgärden?” bli en naturlig del av varje beslut om utredning i palliativ vård?



Foto: Adobe Stock

Ett patientfall från palliativ vård vid kognitiv sjukdom

Vad blir bäst för Ingrid?

Ingrid, 76 år, lever med Alzheimers sjukdom och blir allt tröttare, går ned i vikt och blir mer orolig. Familjen vill utreda och efterfrågar läkemedel. Men vad gagnar Ingrid – och när riskerar fler behandlingar att stjälpa mer än att hjälpa?

INGRID ÄR 76 år och fick diagnosen Alzheimers sjukdom för fyra år sedan. Sedan tidigare har hon också hypertoni, förmaksflimmer och artros och behandlas med åtta olika läkemedel.

Ingrid bor tillsammans med sin make Lars. Med viss hjälp klarar hon sin personliga hygien och deltar i enklare hushållssysslor. Promenader, tid med barnbarnen och arbete i trädgården är fortfarande sådant som ger henne glädje. Samtidigt har minnessvårigheterna tilltagit. Ingrid glömmer ofta överenskommelser, har svårt att hantera sina läkemedel och blir allt oftare orolig när hon inte känner igen sig i olika situationer.

Under det senaste halvåret har Lars märkt att Ingrid blivit tröttare. Hon äter mindre och har gått ned sex kilo. Allt oftare tackar hon också nej till sådant som hon tidigare uppskattat. Familjen börjar bli orolig. Kan det finnas någon annan sjukdom bakom förändringen?

Vad skulle en utredning förändra?

Vid ett planerat besök på minnesmottagningen diskuteras situationen. Familjen vill gärna att Ingrid utreds ordentligt för att hitta en möjlig bakomliggande orsak till viktnedgången. Kan det vara cancer? Vid genomgången framkommer inga tydliga symtom eller fynd som direkt pekar mot någon specifik allvarlig sjukdom. Lars berättar samtidigt att Ingrid ofta glömmer att äta, har tappat intresset för matlagning och behöver påminnas vid måltiderna.

Teamet diskuterar tillsammans med familjen hur man ska gå vidare. En mer omfattande utredning skulle kunna innebära flera sjukhusbesök, fasta inför undersökningar och en risk för att Ingrid blir stressad och desori-

> **Rädslan för att förlora självständigheten är större än rädslan för att dö.**

enterad. Samtidigt vill ingen avfärda viktnedgången som en del av den kognitiva sjukdomen utan att undersöka saken närmare.

Man väljer därför att börja med klinisk bedömning och provtagning. Ingrid får också mer stöd kring måltiderna och vikten följs över tid. Skiktröntgen och koloskopi får vänta.

Vid ett uppföljande besök genomför sjuksköterskan ett samtal vid allvarlig sjukdom med Ingrid. De talar bland annat om hur hon ser på framtiden. Ingrid har fortfarande förmåga att uttrycka vad som är viktigt för henne.

Det viktigaste är att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt, umgås med familjen och slippa vård och behandlingar som känns betungande. Rädslan för att förlora självständigheten är större än rädslan för att dö. Samtalet dokumenteras och delas med familjen och vårdteamet. Det gör att Ingrids önskemål finns med som stöd i kommande beslut om vården.

När läkemedel inte är svaret

Några månader senare blir Ingrid mer orolig på kvällarna. Hon frågar upprepade gånger om dörren är låst och tror ibland att okända personer har varit inne i huset. Lars känner sig alltmer pressad och undrar om något lugnande läkemedel skulle kunna hjälpa.

Vid ett teammöte väcks frågan om läkemedelsbehandling, bland annat med antipsykotika. Samtidigt finns en oro för biverkningar som dåsighet, fall och försämrad funktionsförmåga. När teamet går igenom när oron brukar uppstå framträder ett tydligt mönster. Det är framför allt på kvällarna, när Ingrid är trött och belysningen i hemmet är svag, som hon blir orolig.

I samband med detta görs också en läkemedelsgenomgång. Flera läkemedel har funnits med under många år. Ett sömnmedel som ordinerades för länge sedan finns fortfarande kvar. Lars berättar att Ingrid ofta är trött på dagarna och att hon har ramlat två gånger under det senaste året. Familjen får stöd kring tydligare rutiner, bättre belysning och lugnare kvällar. Kommunens demensteam kopplas in och sömnmedlet trappas successivt ut.

Efter några veckor har kvällsoron minskat betydligt utan att något nytt läkemedel har behövt sättas in. Ingrid är också piggare på dagarna och har inte haft några nya fall.

Att göra det som gagnar

Fallet visar att Kloka kliniska val kan vara relevanta redan i ett tidigt stadium av Alzheimers sjukdom. Det handlar inte bara om att göra mindre, utan om att göra det som blir bäst för patienten. För Ingrid innebär det att väga möjlig nytta av utredningar och behandlingar mot den belastning de kan innebära, att ompröva redan insatta läkemedel och att låta hennes egna värderingar få betydelse för vårdens beslut.



Jonas Bergström
Överläkare och specialist i geriatrik och i palliativ medicin. Ordförande i Svensk förening för palliativ medicin.



Petra Tegman
Specialistsjuksköterska i palliativ vård och demensvård. Ordförande i Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad.

Reflektionsfrågor

1. När blir en utredning ”för säkerhets skull” mer till för att minska vårdens eller familjens oro än för att gagna Ingrid? Vad skulle få er att gå vidare med exempelvis skiktröntgen eller koloskopi?
2. När är rätt tid för ett samtal vid allvarlig sjukdom vid kognitiv sjukdom? Hur kan Ingrids önskemål och värderingar, som formuleras i dag, säkerställas i framtida vårdbeslut när Ingrid inte längre själv kan göra sin röst hörd?
3. När Lars ber om ett lugnande läkemedel – vilket problem försöker vi egentligen lösa? Hur undviker vi att lägga till ännu en behandling när orsaken kanske finns i miljön, i befintliga läkemedel eller i behovet av stöd till den närstående?



Ett patientfall om ALS och palliativ vård

När varje beslut måste vägas på nytt

Anders är 52 år och har ALS med ett snabbt sjukdomsförlopp. Under hans sista tid ställs han, familjen och vården inför en rad beslut: Vilka insatser kan hjälpa honom att leva så bra som möjligt? Vad kan och bör vården erbjuda – eller avstå från – och hur resonerar Anders och hans familj?

ANDERS ÄR EN tidigare frisk 52-årig man som bor med sin fru och deras tonårsdotter.

För elva månader sedan noterade Anders fru att han pratade sluddrigt och han upplevde en svaghet i höger hand. En utredning ledde fram till diagnosen ALS. Bromsmedicin sattes in. Anders och hans familj tog diagnosbeskedet hårt, även om de hade pratat öppet om möjligheten att det kunde röra sig om ALS.

Anders sväljer fel ibland och har begränsad hostkraft. Hustrun beskriver en oro för att han ska sätta i halsen och till och med kvävas under måltider. Dottern brukar gå från bordet för att ”hinna med sina läxor”. Anders tonar ned sväljningsbesvären och använder sig inte alltid av de strategier som han rekommenderats av såväl dietist som logoped.

Anders börjar få svårt att uttrycka sig med ord, men har ett tydligt kroppsspråk och gör sig förstådd. Han har fått tid till kommunikationsmottagningen för att prova ut en blickstyrd dator och ett annat samtalsstöd. Han beskriver en god livskvalitet, trots att sjukdomen begränsar honom i vardagen och han ser fram emot att åka till vänner i Frankrike i höst.

Sjukdomsförloppet fortskrider snabbt. Anders har svårt att resa sig, men när han väl kommit upp kan han gå utan stöd kortare sträckor. En gång i månaden hålls en rond i ALS-teamet på det lokala sjukhuset. Olika professioner från olika kliniker samverkar och planerar kommande vårdkontakter efter Anders behov. Det snabba sjukdomsförloppet, tilltagande sväljnings- och talsvårigheter, hemsituationen och misstanken om kognitiv påverkan har lett till att Anders erbjuds specialiserad palliativ vård i hemmet. Samverkan med sjukhusets ALS-team fortsätter efter behov.

Med Anders tillåtelse förs samtal om hans liv, relationer, förhoppningar, farhågor och preferenser. Information och beslut från dessa samtal sammanfattas i en individuell vårdplan om vårdens innehåll och begränsningar, som dokumenteras i Anders journal.

Att tacka ja – och att avstå

På grund av tilltagande sväljningssvårigheter och successiv viktnedgång erbjuds Anders i samråd med dietist och logoped en PEG (gastrostomi). Anders tackar ja. Hustrun hoppas att den ska minska stressen vid måltiderna och minska risken för ”mat i vrångstrupen”.

Anders andningsmuskulatur är försvagad och han har fått prova ut en hemventilator (non-invasiv ventilation) som han använder nattetid och ibland på dagen. Han har tackat nej till erbjuden hostmaskin, då han inte tycker att den fungerar.

I samråd med lungmedicinsk specialist och efter diskussion på en MNS/ALS-rond beslutar ansvarig neurolog att inte erbjuda Anders en trakeostomi. Beslutet och grunderna för det – den snabba sjukdomstakten och Anders kognitiva påverkan – förmedlas. Anders och hans hustru är införstådda. De får även information om annan möjlig symtomlindring.

När hela familjen påverkas

Anders tycker att allt fungerar bra och vill vårdas hemma så länge det är möjligt, gärna till livets slut. Hans fru stöttar honom men känner sig stressad och otillräcklig. Hon oroar sig även för dottern, som ofta drar sig undan. Hustrun märker att Anders är ”överdrivet optimistisk” och han verkar inte kunna leva sig in i närståendes situation.

Med Anders och hans frus tillåtelse tas frågorna upp vid ett teamhembesök. Ansvarig läkare bekräftar att Anders önskan om dödsplats ska beaktas, men att det förutsätter att den medicinska säkerheten kan garanteras, omvård-



Foto: AdobeStock

nadssituationen löses och närståendes perspektiv inte glöms bort. Anders visar begränsad förståelse för att fortsatt vård i hemmet innebär kompromisser för både honom och närstående, men kan tänka sig trygghetslarm och hemtjänst för att värna familjen.

Makarna känner sig lugnade efter information om hur livets slut kan te sig vid ALS – att det väldigt sällan förknippas med svår andnöd och att lindring mot alla eventuella symtom kommer att erbjudas till livets slut. Anders uttrycker upprepade gånger att han inte önskar livsförlängande åtgärder om han i framtiden inte kan förmedla sig med omgivningen. Hans önskan har förmedlats till familjen och teamet och dokumenterats i den individuella vårdplanen.

Den tänkta resan till vännerna i Frankrike blir inte av, men vännerna kommer i stället till Sverige. Tillsammans med Anders och hans familj tillbringar de en helg på ett hotell, med möjligheter för skogspromenader som lämpar sig för Anders framfart i rullstol. Anders säger att han ”har det så bra som han kan”.

Ett nytt beslut i en ny situation

En eftermiddag ringer Anders hustru till den specialiserade palliativa enheten. Hon berättar att Anders satte i halsen kvällen före och har ”småhostat” sedan dess. Nu har han feber och är trött och tagen. En läkare och en sjuksköterska gör ett hembesök och Anders bedöms ha en luftvägsinfektion, troligen en aspirationspneumoni. Han tackar ja till erbjuden antibiotika.

Anders förbättras under behandlingen och orkar vara delaktig i fortsatta samtal med ansvarig läkare. Familjen vet att en ny infektion kan bli livshotande och att beslut om att avstå antibiotikabehandling kan bli aktuellt, beroende på symtombild och helhetssituation. De har även fått information om att symtomlindring alltid kommer att erbjudas – med eller utan antibiotika.

När sjukdomen fortskrider

En tid senare uppfattas Anders situation i hemmet vara fortsatt trygg – såväl av Anders och hans familj som av teamet och den hemtjänstpersonal som kommer på regelbundna besök. Den individuella vårdplanen är uppdaterad med anledning av den genomgångna luftvägsinfektionen, Anders fortsatta försämring i sin sjukdom och det senaste hembesöket, under vilket ansvarig läkare och sjuksköterska träffat Anders och hans fru och återigen talat om strategier vid långsam eller snabb försämring. Även hemtjänst har informerats om riktlinjerna i den vård som erbjuds. Anders har till sin hustru bekräftat sina tidigare önskemål om sin begravning.

Rösten är svag och Anders har svårt att forma orden. Anders försämrade handfunktion och kognitiva påverkan gör att han har svårare att använda de samtalsstöd som tidigare fungerat väl. Bäst fungerar bildstöd och ja- och nej-frågor.

Anders använder ventilatorn på nätterna och nu även under längre stunder dagtid. Han avsäger sig bestämt att använda ventilatorn vid förflyttning, då han upplever att ”den är i vägen”. Anders har valt att tacka nej till fortsatt utprovning av hostmaskin. Alternativa strategier vid slemproblematik har diskuterats och dokumenterats i vårdplanen.

Anders har ramlat vid tre tillfällen utan att kunna ta emot sig med händerna, men har lyckligtvis klarat sig undan med enstaka blåmärken. Han uttrycker tacksamhet över arbetsterapeutens och fysioterapeutens ”fokus på lösningar i vardagen”, som underlättar hans självständighet, men fortsätter att gå själv utan stöd eller hjälpmedel.

Familjen har hittat en måltidsstruktur som fungerar och de äter kvälls-

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ▶

mat tillsammans. Anders fortsätter att äta det han kan och vill via munnen, men kompletterar med näringsdryck via sin PEG. Han tackar fortsatt nej till sondnäring.

Dottern och hustrun har träffat dotterns mentor i skolan och dottern har själv valt att berätta om sin hemsituation för sina klasskompisar. Hon vill inte ha något samtalsstöd men pratar öppet med sin mamma och med två nära vänner. Anders sitter med när vänner kommer på besök. Han upplevs uppskatta samvaron, även om han inte kan delta i samtalen. Hustrun har fått samtalsstöd utifrån sina egna behov och ur föräldraperspektiv.

En dag ringer Anders fru till det palliativa teamet. Efter de vanliga morgonbestyren fick Anders hjälp att sätta på andningsmasken och lade sig för att vila innan frukosten. Nu kan hon inte väcka honom och vet inte vad hon ska göra. Hon tycker att han ser lugn ut och verkar andas. Ansvarig läkare och sjuksköterska åker på akut hembesök. Ventilatorn är i gång, men Anders bröstkorg rör sig inte. Han varken reagerar eller andas när läkaren lättar på andningsmasken. Hustrun gråter stillsamt när hon får bekräftat att Anders är död. Hon beskriver tomhet blandad med lättnad över att Anders kunnat leva ”på sitt sätt” fram till dödsögonblicket, som kom så oväntat fort och så symtomfritt.

När varje insats måste vägas på nytt

Fallet visar hur kloka kliniska val vid ALS behöver göras och omprövas under hela sjukdomsförloppet – av alla professioner i teamet. Att erbjuda PEG men avstå från trakeostomi, eller att behandla en infektion med antibiotika men överväga att avstå vid nästa, är inte motsägelsefullt. Nyttan och belastningen av varje insats behöver vägas mot sjukdomens utveckling, patientens önskemål och den samlade livssituationen.

Reflektionsfrågor

1. Är det konstigt att erbjuda PEG men inte trakeostomi? Varför? Varför inte?
2. Fick Anders erbjudande om för mycket eller för lite vårdinsatser?
3. Att personer med ALS dör av kvävning är något som många oroar sig för, men som inte har något vetenskapligt stöd. Hur kan man i teamet bemöta denna oro hos patient och närstående?



Åsa Nord
överläkare, specialist i palliativ medicin vid Universitetssjukhuset i Linköping och ledamot i den nationella arbetsgruppen för ALS

ewimed

drainova® ArgentiC, PleurX™ / PeritX™

Beprövade 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

KRÖNIKA Kloka kliniska val

Hur kloka är våra egna kliniska val?

BRITTA ÄR 95 år och har känd hjärtsvikt. När hon får svårt att andas och benen svullnar skickas hon till akutmottagningen. Här tas en rad blodprover och en datortomografi beställs. Som väntat visar undersökningarna att Britta har en försämrad hjärtsvikt, men proverna visar också anemi, blodbrist. Dessutom visar datortomografin en tre centimeter stor oklar förändring i höger lunga – kan det vara en cancertumör? Britta läggs in på en vårdavdelning på medicinkliniken och nu följer en omfattande utredning. Kan det vara ett blödande magsår som orsakar anemin? Det måste uteslutas med gastroskopi. Är det verkligen cancer i lungan? I så fall, vilken typ? En lungpunktion där vävnadsprov tas med ett stick genom bröstkorgen beställs.

JAG FÅR HÖRA om Britta när jag kommer som palliativ konsultläkare till vårdavdelningen. Jag suckar inombords men försöker att inte visa min frustration när jag frågar vad undersökningsfynden ska leda till och hur Britta själv ser på sin situation. Vad är viktigt för henne just nu? Kommer det att ändra handläggningen om vi får svar på att det faktiskt är en cancertumör i lungan? Leder gastroskopin till någon annan åtgärd än blodtransfusion, vilket vi ju förstod redan innan?

Tänk om alla var lika bra på att göra kloka kliniska val som vi palliativmedicinare, hinner jag tänka innan det slår mig: skulle det kunna vara så att även vi som arbetar med palliativ vård på heltid har anledning att rannsaka hur klokt vi arbetar ibland?

PALLIATIV VÅRD SKA utgå från patientens behov och önskemål. Ändå faller vi lätt tillbaka på rutiner och checklistor även när vi vårdar patienter med palliativa vårdbehov. Skattningsskalor för att följa patientens symtom är fantastiska verktyg, men hur värdeskapande är det att be en döende människa för tredje gången samma vecka gradera tio symtom när allt hon vill är att få sova?

Har vi bestämt att patienter i ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam ska ha besök minst en gång i veckan så får de det, även under perioder när de mår ganska bra och gärna hade sluppit.

I vår iver att vara öppna för att prata om det allra svåraste kan patienten uppleva att vi bara pratar om sjukdomen och döden, när hon egentligen vill fokusera på livet här och nu. Att all smärta lindras med opioider är en fälla som även vi har lätt att hamna i, trots att det kan vara andra fysiska smärtmekanismer som ligger bakom – eller att lidandet inte framför allt är fysiskt utan psykiskt, socialt eller existentiellt.

Att dokumentera att ett brytpunktssamtal har hållits verkar ibland väga tyngre än innehållet eller vem som får delta i samtalet.



Och hur klokt är det att prata om allmän och specialiserad palliativ vård som att begreppen är glasklara och borde förstås av alla inom vården, när vi själva inte är överens om definitionerna?

Kanske är det inte bara alla andra inom vården som kan bli bättre på att göra kloka kliniska val, utan också vi själva.

Sofia Dettmann
Ordförande NRPV
Biträdande verksamhetschef
och överläkare, Västerås



På egen hand

Vi letade efter ensamjobbare i palliativ vård – men ingen arbetar helt ensam. Det blev tre olika berättelser: ensam hemma hos patienten, ensam om sin profession och med patienten många mil bort.

Text och foto: **Helena Eriksson Kjellgren**

Palliativa sjuksköterskan i förorten:

”Jag tycker om att arbeta självständigt”

Tatini Montgomerie gör fyra–fem hembesök om dagen, oftast ensam – ibland i områden som polisen klassar som särskilt utsatta. Ändå känner hon sig trygg. Självständigheten är en del av det hon tycker om med jobbet.

TATINI MONTGOMERIE berättar om en kväll i Tensta. Det är mörkt och hon har hamnat på fel våning. Med sig har hon akutväskan med läkemedel. I loftgången står fem unga män och röker gräs. De flyttar sig först inte när hon kommer.

– Jag fortsätter rakt fram.

Männen flyttar sig och hon går förbi. Först en gång, och sedan samma sak när hon ska tillbaka.

Tatini Montgomerie är specialistsjuksköterska i palliativ vård och arbetar på ASIH Solna Strand. Hennes team har patienter i Hässelby, Järva, Solna och Sundbyberg.

Foto: Helena Eriksson Kjellgren



Tatini Montgomerie, sjuksköterska ASIH Solna Strand, Region Stockholm.

Självständigheten lockar

En vanlig dag gör hon fyra–fem besök, oftast ensam. Det är precis så hon vill ha det.

– Jag vill inte jobba ihop med folk hela dagarna och det är därför jag arbetar med det här.

Hon bestämmer själv hur hon lägger upp dagen och arbetet kräver att hon litar på sina egna bedömningar. Hon kan inte gå ut i korridoren och hämta en kollega när något oväntat händer.

– Du måste kunna hantera oförutsägbara situationer. Det är väldigt mycket att man löser det.

Att arbeta ensam hemma hos patienterna innebär samtidigt att relationen och tilliten blir central. Språket kan vara en barriär, men minst lika viktigt är tilliten till vården.

– Där har jag en viktig roll, jag behöver också bygga upp en tillit till vården. Det gör jag genom att visa att de kan lita på mig.

Hon har också arbetat under perioder med både skjutningar och sprängningar i vissa områden.

– Jag känner mig ändå trygg när jag arbetar, annars skulle jag inte kunna göra det här.

Vid inskrivning görs en riskbedömning av både hemmiljön och närområdet, exempelvis huset, vägen till och från bostaden och parkeringsmöjligheterna. Om exempelvis en närstående har varit aggressiv kan personalen åka två. På kvällar har sjuksköterskorna också larm kopplade till Securitas.

Det svåraste är sorgen

Samtidigt stämmer bilden av de här områdena som särskilt otrygga dåligt med hennes egen erfarenhet.

– Jag upplever att jag blir väldigt bra bemött. Jag blir ofta erbjuden både kaffe och frukt.

Det som sliter mest på Tatini Montgomerie är inte att arbeta ensam eller att röra sig i områden som beskrivs som otrygga. Hon berättar om en svårt sjuk förälder som skulle dö med vetskapen om att hennes 15-åriga barn därefter skulle utvisas till ett land som barnet inte hade någon anknytning till, efter att ha gått i skola i Sverige i flera år.

– Att stötta en människa att dö när man ska lämna sitt barn och vet att det barnet skickas tillbaka till ett land som det inte har någon anknytning till – det sätter spår.

Och här blir teamet viktigt. För även om Tatini Montgomerie arbetar själv hemma hos patienterna, arbetar hon inte ensam med det hon möter.

– Vi jobbar väldigt individuellt. Men vi måste ha varandra. Vi behöver prata om vad som händer, hur vi mår och hur vi kan stötta varandra.

Palliativa teamets enda arbetsterapeut:

”Jag har kunnat forma min roll själv”

Henrik Sävenberg är den enda arbetsterapeuten på en klinik för palliativ vård. I början saknade han en kollega inom samma profession. I dag uppskattar han friheten – att själv ha fått hitta sitt sätt att hjälpa svårt sjuka människor att fortsätta göra det som är viktigt för dem.

HENRIK SÄVENBERG berättar om en stor, stark man som hade gjort karriär, rest över världen och arbetat mycket. Men när Henrik Sävenberg träffade honom var mannen svårt sjuk. Han hade svårt att ta sig ut och kunde inte längre gå och handla eller köpa sin tidning.

– Han såg inte riktigt att han fyllde någon funktion. Han funderade nog mycket på vad han skulle göra nu när han inte kunde göra det han alltid hade gjort.

Henrik Sävenberg lät honom prova en elrullstol.

– Då for han iväg och såg verkligen lycklig ut.

Henrik Sävenberg såg något av den livsglädje och frihet som sjukdomen hade begränsat.

Henrik Sävenberg är den enda arbetsterapeuten på den palliativa kliniken LAH i Linköping och har arbetat där sedan 2017. Med hjälpmedel och olika strategier försöker Henrik Sävenberg göra det möjligt för svårt sjuka människor att fortsätta vara aktiva.

– Jag fixar så att de kan bo hemma och att det fungerar rent praktiskt.

Att göra det viktiga möjligt

Ibland handlar arbetet om att någon vill kunna göra något en sista gång. Att åka ut med båten, komma till sommarstugan, se barnbarnets första lägenhet eller vara med på ett studentfirande.

– Om en patient har en specifik sista önskan, någon slags bucket list, har man ibland möjlighet att se till att det blir gjort.



Foto: Elina Forsberg

Henrik Sävenberg, arbetsterapeut LAH, Universitetssjukhuset i Linköping.

När han började på kliniken var det en utmaning att inte ha någon arbetsterapeutkollega bredvid sig.

– Jag skulle kanske ha behövt någon med samma profession för att veta när jag behövde gå in, hur mycket och var jag behövdes bäst.

Att forma sin egen roll

I stället fick han själv hitta fram till hur hans roll skulle se ut på kliniken.

– Jag har haft stor frihet att forma min yrkesroll under förutsättning att jag gör de saker som förväntas av mig.

I dag är friheten en av de saker han uppskattar mest.

– Jag skulle ha svårt att hitta ett annat jobb där jag har samma frihet att styra mitt arbete och forma det själv.

Men ibland märker Henrik Sävenberg att han är ensam om sitt perspektiv. Trots att han har arbetat länge på kliniken händer det att kollegor inte riktigt vet vad han gör.

– Då blir jag ibland förvånad, när kollegor som jag har jobbat tillsammans med i nästan tio år inte riktigt vet vad jag gör.

I teamet är Henrik Sävenbergs uppgift att se möjligheter när sjukdomen sätter allt fler gränser.

Helena Eriksson Kjellgren



Foto: Privat

Eric Wåglin. Läkare, Storsjögläntan, Palliativa enheten i Östersund

Palliativa läkaren i glesbygden:

”Då kan man fokusera helhjärtat på patienten”

För Eric Wåglin kräver arbetet i glesbygden extra framförhållning. När avstånden är som längst kan ett patientbesök ta en hel arbetsdag. Men milen har också en oväntad fördel – tiden han får med patienten.

NÄR ERIC Wåglin ska intervjuas befinner han sig enligt en kollega i ”extrem glesbygd”. Det visar sig handla om älgjakt, men samtidigt ligger beskrivningen inte så långt från Eric Wåglins arbetsvardag.

Till de patienter som bor längst bort kan Eric Wåglin ha tre och en halv till fyra timmars resa – enkel väg.

Eric Wåglin är läkare på Storsjögläntan, som bedriver specialiserad palliativ hemsjukvård i hela Jämtlands län. Han arbetar i team och på de långa resorna åker läkare och sjuksköterska oftast tillsammans. Sjuksköterskan brukar köra medan Eric Wåglin arbetar vid datorn med bland annat journaler, recept och ordinationer.

– Då behöver man planera lite mer för vad som kan hända, vad som kan bli svårt att lösa och framför allt på jourtid vad det är som blir krångligt.

Avstånd kräver andra avvägningar

De långa avstånden kan påverka vilka vårdinsatser som blir rimliga. För en svårt sjuk patient kan en lång transport till sjukhuset i sig innebära lidande. Möjliga undersökningar och behandlingar måste därför vägas mot vad de faktiskt innebär för patienten.

– Ibland väljer man bort vissa möjligheter som egentligen finns, för att de blir opraktiska och för att de skapar mer bekymmer än vad de hjälper.

Men långa avstånd behöver inte betyda att vården fungerar sämre.

– Ju längre ifrån stan man kommer, desto oftare brukar det lösa sig på ett bra sätt ändå.

Och för de flesta patienter är målet att kunna vara kvar hemma.

– Inte alltför sällan är det frågan om föräldrahemmet eller släktgården som man bor på. Man har fötts där och vill vara kvar. Hemmet är där många har sin främsta trygghet. Och den vill man ju gärna bevara in till slutet.

Tidens paradox

De långa resorna har ett tydligt pris: tiden.

– Jag hade velat kunna träffa betydligt fler patienter.

Men när en hel arbetsdag går åt till en enda patient kan Eric Wåglin å andra sidan vara ordentligt inläst och låta mötet ta den tid som behövs.

Det är särskilt värdefullt när samtalen kommer in på frågor om liv och död. För att en patient ska våga dela sådana tankar krävs en relation och tid att bygga tillit.

– När jag på en arbetsdag bara kan träffa en patient, då kan man också fokusera verkligen helhjärtat på den patienten.

Helena Eriksson Kjellgren



Konsten att leva med vidgade vyer

Tack Sundsvall!

Det var fullt hus på Södra berget när årets nationella konferens i palliativ vård intog Sundsvall. Under temat Konsten att leva möttes deltagare från hela landet för kunskap, inspiration och nya perspektiv.

Börja med favoritmusiken!

KULTUR LIVET UT – MUSIKTERAPI, LIS JACOBSSON

Musik kan väcka minnen, skapa kontakt och stärka känslan av identitet – också när orden inte längre räcker till. Lis Jacobsson berättade hur musik och dans kan bidra till att möta sociala och existentiella behov inom palliativ vård.

När musikpedagogen Lis Jacobssons pappa var döende upplevde hon vilken skillnad musiken kunde göra. När bakgrundssorlet byttes ut mot hans favoritmusik hände något. Sedan dess har hon arbetat för en mer medveten ljudbild på vård- och omsorgsboenden.

Lis Jacobsson använder musik, rörelse och dans i den dagliga omvårdnaden och utbildar personal i att göra detsamma. Erfarenheter från verksamheten visar att musikinsatser kan minska oro, förbättra sömn och bidra till minskad användning av lugnande läkemedel och sömnmedel.



Foto: Ida Malmström

Lis Jacobsson, musikterapeut i Sundbybergs stad.

För palliativ vård erbjuder musik ett värdefullt verktyg för personcentrerad vård. Musik kan underlätta samtal om livshistoria, identitet och betydelsefulla minnen samt skapa kontakt när ord inte räcker till.

– Musik skapar associationer och väcker minnen som tillsammans kan bli den röda tråd som hjälper oss att hålla ihop vår livsberättelse och behålla känslan av identitet.

Under föredraget lyftes också musikens positiva effekter för personalen. Sång och musik i vårdsituationer kan bidra till tryggare relationer mellan personal och vårdtagare, en mer avspänd arbetsmiljö och ökad arbetsglädje.

Budskapet från föreläsningen var att det inte behöver vara komplicerat att komma igång. En enkel fråga om vilken musik en person tycker om kan vara ett första steg till att lära känna människan bakom patienten.



Ida Malström
Specialistfysioterapeut på Palliativa enheten Malmö



Foto: Helena Eriksson Kjellgren

Våga släppa kravet på svar

”EXISTENTIELLA SAMTAL”, MED JOHAN SUNDELÖF OCH CARL BÄCKERSTEN

Hur kan vi göra det existentiella stödet mer konkret i mötet med svårt sjuka patienter? Johan Sundelöf och Carl Bäckersten visade hur nyfikenhet, praktiska frågor och ett samtal på patientens villkor kan öppna för mening och delaktighet – utan att vårdpersonalen behöver ha alla svar.

Johan Sundelöf, överläkare vid Akademiska sjukhuset, och Carl Bäckersten, kurator och vårdutvecklare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, resonerade tillsammans kring hur vi kan förbättra själslig och kroppslig hälsa hos svårt sjuka patienter.

Med konkreta exempel på hur smärta kan begränsa livet på olika sätt och förslag på frågor att ställa vid patientsamtal fick vi som publik följa med i deras resonemang kring existentiellt stöd.

De rörde sig från så kallade portalfrågor i palliativ vård, öppna frågor som kan leda vidare till existentiella samtal, och funderingar kring vad man inom vården vill, kan och bör fokusera på i samtalet. De diskuterade också olika teman vid existentiella samtal och vilka upplevelser man vill och kan möjliggöra för patienten – meningsfullhet, värdighet, delaktighet och hanterbarhet.

Föreläsningen tog oss med på en resa inom den sfär som berör oss alla, och som blir extra viktig och utmanande vid svår sjukdom. Samtalet berörde det djupt mänskliga och hur man kan få hjälp att skapa värde och meningsfullhet när en persons förmåga begränsas på olika sätt, samt hur man kan bevara glädjeämnen.

Samtalet innehöll också råd och konkreta exempel på hur vi tillsammans med patienten kan förenkla och bli mer konkreta i det existentiella stödet, och även våga släppa kravet på lösningar, åtgärder och svar.

Vad händer i kroppen och med relationerna?

I mötet med patienten, påtalade Carl Bäckersten, är det ofta konkreta praktiska saker som kommer upp. Det kan till exempel handla om vad som händer i kroppen och med relationerna.

Föreläsningen, i samtalsform, hade som syfte att göra det existentiella perspektivet mer konkret och begripligt, främst i vårt möte med svårt sjuka patienter. De båda föreläsarna presenterade modeller som ”Livets triangel” där identitet, relation och mening representerar olika vägar och sätt att samtala kring existentiella frågor.



Foto: Maria Linde

Åhörarna fick förslag på hur man kan närma sig de svåra frågorna på ett mer jordnära sätt, med patienten som den som styr vad samtalet ska handla om. Här får också nyfikenhet på patientens verklighet vara vägledande.

Föreläsningen visade hur vi inom vården kan närma oss patienterna och låta dem beskriva sin upplevelse av verkligheten som den har blivit. Både spännande, mänskligt och viktigt.



Maria Linde
ASIH Järfälla Upplands-Bro, Stockholm norr

Prata om döden innan vi måste

”DÖSNACK & DÖDSLITTERACITET – ATT FRÄMJA BEREDSKAP I ALLMÄNHETEN INFÖR LIVETS SLUT”, MALIN ENESLÄTT

Hur förberedda är vi egentligen på döende, död och sorg? Malin Eneslätt visade hur samtal och ökad dödslitteracitet kan stärka människors beredskap inför livets slut.



Foto: Rose-Marie Blind

Föredraget hade sin utgångspunkt i ett folkhälsoperspektiv på palliativ vård, där döendet inte bara ses som en medicinsk händelse utan också som en social process som berör familjer, grannar, lokalsamhällen och samhället i stort.

Malin Eneslätt, sjuksköterska och universitetslektor vid Luleå tekniska universitet, presenterade forskning om hur vi kan bli bättre på att prata om döden och stötta varandra i död, döende och sorg. Hon lyfte bland annat resultat från flera svenska studier som visar att kunskapen om palliativ vård fortfarande är begränsad bland den svenska befolkningen. Många tror fortfarande att palliativ vård påskyndar döden eller enbart handlar om vård under de allra sista dagarna i livet.

Ett sätt att öppna för samtal är DöBra-kortleken, ett samtalsverktyg som kan hjälpa människor att prata om vad som är viktigt när livet närmar sig sitt slut. Samtalsverktyget har skapat forum för samtal, bidragit till personlig utveckling, stärkt relationer och öppnat för diskussioner i sammanhang där sådana frågor annars sällan lyfts.

Nu finns också webbplatsen ”DöBra – det handlar om livet” som gör verktyget tillgängligt för fler. En digital DöBra-app kommer så småningom, även på minoritetsspråken meänkieli och samiska.

Samtalen behöver börja tidigare

Föredraget utmanade tanken att frågor om döende och död främst är vårdens ansvar. Om människor ska kunna fatta informerade beslut och uttrycka sina önskemål inför livets slut behöver samtalen börja långt innan en allvarlig sjukdom uppstår.

För alla som arbetar inom palliativ vård innebär detta ett viktigt perspektivskifte. God palliativ vård handlar inte bara om hög medicinsk kvalitet utan också om att stärka människors möjligheter att reflektera över sina värderingar, önskemål och prioriteringar.

Resultaten är också relevanta för kommuner, civilsamhälle, patientföreningar och utbildningsverksamheter. Dödslitteracitet är inte något som enbart skapas inom vården utan i mötet mellan människor.

Lärdomen är att vi behöver bli bättre på att prata om döden innan vi tvingas göra det. En ökad dödslitteracitet är en viktig del av framtidens palliativa vård.



Malin Eneslätt är sjuksköterska och universitetslektor vid Luleå tekniska universitet.



Rose-Marie Blind
Specialistsjuksköterska och länssamordnare för palliativ vård, Region Norrbotten



Foto: Helena Eriksson Kjellgren

Tack Bertil!

Under konferensmiddagen tackades Bertil Axelsson, professor emeritus i palliativ medicin, av för sin mångåriga gärning och betydelse för utvecklingen av palliativ vård i Sverige. Tack för allt, Bertil!



Foto: Helena Eriksson Kjellgren



Konsten att få kontakt

Marco de Carvalho Filho, läkare och professor i medicinsk utbildningsforskning vid University Medical Center Groningen i Nederländerna, inledde konferensen med en föreläsning om konstens betydelse för en mer personcentrerad och mänsklig palliativ vård. Genom konst, bland annat i form av improvisationsteater, kan vårdpersonal enligt honom träna empati, kommunikation och förmåga att se människan bakom diagnosen.

Marlene Malmström, verksamhetschef för Palliativt utvecklingscentrum

Palliativ vård måste få ta större plats

Sjuksköterskan, forskaren och ledaren Marlene Malmström trivs bäst någonstans mitt emellan. Mellan forskning och klinik, bot och lindring – tillsammans med olika professioner och i olika delar av vården. Hon vill att ett palliativt förhållningssätt ska få ta plats långt utanför den specialiserade palliativa vården.

MARLENE MALMSTRÖM kan fortfarande se mannen framför sig. Han hade en allvarlig cancersjukdom och vården hade sagt att det bara var att kämpa på. Det skulle bli bättre, men det kunde ta tid.

Så han ställde in. Semesterresan med familjen. Julfirandet i fjällen. Livet fick vänta tills han mådde bättre.

Sedan kom beskedet att vården inte kunde göra mer. Tiden han hade gått och väntat på att bli bättre hade också varit den tid då han mådde som bäst.

När Marlene Malmström intervjuade honom under sin forskarutbildning sa han:

– Om jag bara hade vetat så hade jag gjort helt andra val.

De orden har hon burit med sig sedan dess. För Marlene Malmström handlar det om att våga prata med patienten om vad man faktiskt vet om sjukdomen och framtiden.

– Vi vet inte allt, men det innebär inte att vi inte kan prata om det. Vi måste göra det möjligt för den som är drabbad att få den information hen behöver. Men lika viktigt är att finnas där, lyssna och visa att vi vågar prata om det som är svårt. Det kan göra stor skillnad för hur man hanterar sin situation.

När jag pratar med Marlene Malmström första gången sitter hon på sitt kontor på Palliativt utvecklingscentrum utanför Lund. Hon är sjuksköterska, forskare och docent och sedan 2024 verksamhetschef här.

För drygt 20 år sedan började hon som sjuksköterska inom cancerkirurgin. Där arbetade hon med patienter som hade cancer i matstrupe och magsäck, och alla kunde inte botas.

– Jag befann mig i det här mellanrummet, mellan att behandlingen syftade till bot och att patienterna samtidigt levde med osäkerhet, oro och frågor om framtiden. Men samtalen handlade nästan alltid om behandling och återhämtning. De existentiella frågorna fick sällan plats.

Livshotet får vara i rummet

När hon 2009 påbörjade sin forskarutbildning ville hon ta reda på hur patienter med allvarlig cancersjukdom kunde få bättre stöd.

– Jag skrev en hel avhandling om sådant som egentligen är palliativ vård, men jag använde inte det begreppet. Jag visste inte ens om att det var palliativ vård, för jag jobbade i en kontext där man tänkte att palliativ vård bara handlade om döden.

Vad menar du att palliativ vård är?

– Den specialiserade palliativa vården är ovärderlig. Samtidigt tror jag att många fortfarande förknippar palliativ vård med en specifik vårdform sent i livet. För mig handlar det också om ett förhållningssätt som kan bidra till bättre vård långt tidigare i sjukdomsförloppet.

Hon beskriver:

– Det här handlar om att tillåta livshotet att vara i rummet. Att det får lov att vara med och att vi inte gömmer bort det.

Alla patienter vill inte prata om det, och det är också okej. Men alla måste få chansen. Det kan räcka med att öppna dörren genom att fråga: ”Hur tänker du kring detta?” eller ”Vad är viktigt för dig?”



Foto: Helena Eriksson Kjellgren

Marlene Malmström

Titlar: Sjuksköterska, docent, forskare samt verksamhetschef för Palliativt utvecklingscentrum i Lund och ordförande för Nationella arbetsgruppen för palliativ vård (NAG).
Ålder: 45 år
Bor: Barsebäck utanför Lund
Familj: Make och två söner
Utbildning: Sjuksköterska, doktorsexamen och docent i omvårdnad

Foto: Helena Eriksson Kjellgren



– Den som är drabbad av allvarlig sjukdom sitter oftast med de här tankarna ändå. Och vi kan inte skydda någon genom att inte prata om det. Även om det inte går att göra mer medicinskt så kan vi göra jättemycket mer för människan.

Vården ska bota – men också lindra

Det är därför hon vill att det palliativa förhållningssättet ska komma in tidigare. Hon betonar att palliativa vårdbehov finns på många ställen – på sjukhus, vårdcentraler, äldreboenden och ofta samtidigt som behandling pågår. Hon pratar om vikten av att hålla ihop vården kring patienten bättre.

– Ju mer specialiserade vi blir, desto mer fragmenterad och uppdelad upplever patienten och de närstående vården.

> **Om vi inte jobbar tillsammans så blir vi inte starka. Men jobbar vi tillsammans som ett lag så kommer vi framåt.**

Men hon tycker sig se en förändring. Kommuner och sjukhusenheter hör av sig till centret och ber om hjälp med att stärka den palliativa vården.

När hon tog jobbet som verksamhetschef frågade vissa om hon inte ville arbeta med något lite gladare.

– Jag har aldrig upplevt att jag gjort något så meningsfullt som när jag jobbar med detta.

Arbetet kombinerar hon med forskning på ungefär halvtid. Hon studerar hur vård och stöd vid allvarlig sjukdom kan anpassas efter patienters och närståendes behov.

Några veckor senare ses vi i Stockholm, där hon är på möte med Cancerfonden. När jag frågar om hon har med sig något personligt att fotografera visar hon efter en stunds funderande doktorsringen.



Foto: Helena Eriksson Kjellgren

Arbetet kombinerar Marlene Malmström med forskning på ungefär halvtid. Hon studerar hur vård och stöd vid allvarlig sjukdom kan anpassas efter patienters och närståendes behov.

– Om det ska vara något som symboliserar mitt arbetsliv så får det väl bli den här.

Forskningen är viktig för henne, men lika viktig är kopplingen till den kliniska verkligheten. Därför hospiterar de på Palliativt utvecklingscentrum som inte har klinisk tjänst i vardagen ute i vården varje termin, även hon. Hon ser sin styrka i att röra sig mellan olika kompetenser och verksamheter.

– Jag har lång erfarenhet av kliniskt arbete inom allmän palliativ vård och av att studera och förstå patienters och närståendes behov, och av att bygga broar mellan forskning, utveckling och klinisk verksamhet. Jag är van att röra mig mellan olika perspektiv och kompetensområden, men det förutsätter ett nära samarbete med personer som har specialistkunskap inom olika områden.

Den stora förändringen

Hon konstaterar att det fortfarande finns en föreställning om att palliativ vård är något som kommer allra sist. En kollega berättade nyligen om en patient som själv hade bett om kontakt med den specialiserade palliativa vården. Svaret från sjukhuset blev:

– Nej, nej, du är inte där ännu.

Och det är precis den föreställningen Marlene Malmström vill förändra. Det kräver samarbete mellan professioner, vårdnivåer, kommuner och regioner.

Själv är hon både mellanbarn och lagidrottare.

– Om vi inte jobbar tillsammans så blir vi inte starka. Men jobbar vi tillsammans som ett lag så kommer vi framåt.

Vi måste prata om livet

Några gånger återkommer hon till samma sak:

– Vi måste prata mer om livet.

Jag frågar varför hon säger livet och inte döden.

– Jag tänker nog att palliativ vård handlar mycket om livet. Om vad som är viktigt medan man lever. Men det är också viktigt att vi vågar benämna livshotet och rädslan för döden.

Att arbeta så nära frågor om allvarlig sjukdom och livets ändlighet har gjort att hon försöker ta vara på livet här och nu.

– Jag är inte den som tänker att jag ska leva när jag går i pension. Jag lever nu.

Vi söker oss under fotograferingen bort från gatans stök och in på en lummig innergård. En grusgång delar sig åt flera håll. Hon ställer sig spontant mitt i förgreningen.

– Det här är precis det jag har pratat om. Där olika vägar korsas. Här trivs jag.

Helena Eriksson Kjellgren



Marlene Malmström om...

...varför tiden spelar roll:

Marlene Malmström har varit med och forskat om vad tiden från diagnos till död betyder för den palliativa vården.

– Ju kortare tiden är, desto större är risken att man inte får den goda palliativa vård man har rätt till. Vi ser att viktiga samtal riskerar att inte bli av och att det blir fler akuta inläggningar. Det är ett av skälen till att hon vill att palliativa behov ska uppmärksammas tidigt – medan det fortfarande finns tid att göra skillnad.

… människorna som arbetar med palliativ vård:

– Jag upplever att det ofta är människor med stora hjärtan, och så är det ofta ganska modiga människor. Man behöver vara trygg i sig själv för att våga möta andra i de här frågorna.

… vad hon lärde sig i Zambia:

Under sjuksköterskeutbildningen gjorde Marlene Malmström praktik i Zambia.

– Man kan göra oerhört mycket med väldigt små medel. I grunden handlar det väldigt mycket om bemötande, relationer och att skapa förtroende.

Vad hände efter handslagen?

Cancerfonden har rest runt i Sverige och tagit politiker i hand på löften om en bättre palliativ vård. Men vad hände sedan?

Cancerfonden

”Handslagen har börjat ge konkreta resultat”

DET FINNS FÅ saker som skaver så mycket som att veta vad en människa behöver och ändå inte kunna ge det. För många som arbetar i palliativ vård är den känslan alltför välbekant.

Kunskapen om vad som krävs finns, men förutsättningarna skiljer sig fortfarande åt beroende på var i landet en människa bor, vilken diagnos hen har och vilken vårdform hen befinner sig i. Det är inte faktaunderlaget om de stora brister som finns som saknas. Det är genomförandet.

Därför arbetar Cancerfonden för att palliativ vård ska prioriteras på samma självklara sätt som den botande vården. Det var också därför vi tog initiativet ”Ett handslag för en bättre palliativ vård”. Genom vårt handslagsarbete har vi nu besökt regionpolitiker i Sveriges samtliga regioner och bett dem göra tydliga åtaganden:

- Säkerställa att palliativ vård ges utifrån behov.
- Arbeta fokuserat och långsiktigt för att stärka den palliativa vården i regionen.
- Tydliggöra ansvarsfördelningen och stärka samarbetet med kommunerna.
- Öka kunskapen om palliativ vård bland medarbetare och invånare.

Handslagsarbetet har börjat ge konkreta resultat. Från flera regioner får vi återkoppling om att palliativ vård har hamnat på den politiska dagordningen. Även på nationell nivå har frågan fått ökad tyngd, med tydliga ambitioner för den palliativa vården i den nationella cancerstrategin och ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen.

I Västerbotten har handslaget lett till en omfattande genomlysning av regionens palliativa vård och flera konkreta insatser. I Dalarna har förvaltningschefen för hälso- och sjukvården fått i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att förbättra den palliativa vården i länet. Och i Uppsala, där den palliativa vården haft stora utmaningar, har handslaget blivit en plattform för ett större förbättringsarbete och Akademiska sjukhuset har bland annat beslutat att samla den palliativa vården i ett eget verksamhetsområde. Detta för att nämna några av många exempel.

För att stärka den palliativa vården krävs en tydlig och långsiktig styrning, där ansvar, mål och uppföljning hänger ihop. Regioner och kommuner måste veta vem som ansvarar för vad.

Kompetensen behöver också finnas bredare. All personal som möter svårt sjuka människor behöver grundläggande palliativ kunskap, medan specialiserad kompetens måste vara tillgänglig när behoven är komplexa.

Palliativa behov behöver dessutom identifieras tidigare. Tidig integrering måste bli en självklar del av vårdförloppet, inte ett undantag beroende på enskilda medarbetares initiativ.

Ett handslag lindrar ingen smärta. Det sitter inte vid en sängkant och svarar inte när telefonen ringer mitt i natten. Men det kan markera att ansvaret inte längre får skjutas vidare.

Nu måste arbetet fortgå och stärkas. Cancerfonden kan bidra med kunskap, forskning, opinionsbildning och uthållighet. Men det är regioner, kommuner och staten som måste skapa de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna.

Vi vet redan mycket om hur den palliativa vården kan bli bättre. Nu behövs modet att prioritera den, kraften att genomföra förändringarna och uthålligheten att följa upp dem. När livet är som skörast ska behovet avgöra vilken vård en människa får, aldrig postnumret.



Elin Ylvasdotter
Intressepolitisk expert,
Cancerfonden

VÄRMLAND:

Här gav handslaget hjälp på traven

I Värmland ska den palliativa vården utvecklas – och läkaren Peter Ekevig har fått uppdraget att utreda hur. Bakom satsningen finns ett lokalt arbete underifrån, Socialstyrelsens nya rekommendationer – och Cancerfondens handslag med regionens politiker.
– Vi var redan på väg, men Cancerfondens handslag hjälpte oss framåt.



PETER EKEVIG, överläkare, onkolog och specialist i palliativ medicin vid Palliativa teamet i Karlstad, hade tillsammans med andra under flera år försökt driva frågan om hur den palliativa vården i Värmland kan utvecklas. Med Socialstyrelsens nya rekommendationer och Cancerfondens handslag fick arbetet ytterligare kraft.

– Alla de tre delarna tillsammans gjorde att hälso- och sjukvårdsledningen gav ett uppdrag att se över hur den palliativa vården i Region Värmland ska utvecklas på sikt.

Både den allmänna och den specialiserade palliativa vården ska ses över, liksom primärvårdens roll och samverkan mellan region och kommun.

En central fråga är hur den palliativa kompetensen ska höjas och bibehållas. En annan är hur vi ska få en mer jämlik palliativ vård. I Karlstad och kranskommunerna saknas specialiserad palliativ öppenvård för patienter som inte har cancer. Och även inom den specialiserade palliativa vården varierar bemanning och kompetens.

– Vi har ingen jämlik palliativ vård i Värmland.

Den palliativa vården har, enligt honom, utvecklats mycket underifrån, av eldsjälar i enskilda verksamheter. Det har bidragit till en spretig organisation.

MEN NU KARTLÄGGS alltså vad som finns och vad som saknas. Peter Ekevig har sammanställt de krav som finns i nationella styrdokument och regionala föreskrifter. Nästa steg är en omfattande enkät till yrkesgrupper som möter patienter med palliativa vårdbehov och de enheter där patienterna vårdas.

Det görs också studiebesök runt om i landet för att hämta idéer om bland annat organisation, styrning, kompetens och samverkan. Tanken är att allt detta arbete ska mynna ut i konkreta förslag och en väl underbyggd plan för hur den palliativa vården i Värmland kan utvecklas.

Peter Ekevig hoppas att arbetet på sikt ska leda till förbättringar för både patienter och vårdorganisationen. Han ser framför sig tydligare styrning, bättre samverkan mellan kommun, primärvård och specialiserad palliativ vård samt en långsiktig plan för kompetensutveckling.

På sikt hoppas han att det finns en heltäckande specialiserad palliativ vård för alla diagnosgrupper, oavsett var i Värmland patienten bor.

– Jag tror att med en välutvecklad palliativ vård kommer fler patienter att vara trygga och lindrade. De kommer också att vara införstådda i sin sjukdomssituation och delaktiga i de beslut som fattas. Både vad som görs och vad som är rimligt att göra, men också i vad som inte är rimligt att göra. I slutändan gagnar det alla parter – både patienter, närstående och vården i stort.

Helena Eriksson Kjellgren

Att mötas i det sköra

I sin nya avhandling undersöker Tove Stenman hur förtroliga samtal växer fram i mötet mellan patient och sjuksköterska – och hur professionellt ansvar kan behöva förenas med förmågan att stanna kvar i det som inte går att förändra.

SAMTAL ÄR EN integrerad del av palliativ vård och ger patienter möjlighet att dela tankar, känslor och frågor som väcks när livets slut närmar sig. I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård betonas betydelsen av stödjande samtal som en del av den dagliga vården. Vardagligt småprat kan fördjupas till ett mer förtroligt samtal när patienten ges möjlighet att sätta ord på det som är angeläget just nu. Vårdpersonal behöver vara uppmärksam på signaler om att patienten vill samtala och ta vara på oplanerade samtal som uppstår i vardagliga möten. Det låter enkelt och självklart – men är det det? Tidigare forskning om samtal i palliativ vård har till stor del fokuserat på mer strukturerade och målinriktade samtal, medan mindre uppmärksamhet riktats mot spontana samtal som växer fram i vardagen. Samtidigt visar forskning att patienter inte alltid får utrymme att uttrycka det som är viktigt för dem.

Foto: Sandra Lee Vasiljev



Tove Stenmans avhandling syftade till att belysa och fördjupa förståelsen till förtroliga samtal mellan sjuksköterskor och patienter inom specialiserad palliativ vård.

Avhandlingen syftade till att belysa och fördjupa förståelsen för förtroliga samtal mellan sjuksköterskor och patienter inom specialiserad palliativ vård.

Avhandlingen omfattade fyra delstudier som belyste förtroliga samtal ur både patienters och sjuksköterskors perspektiv. Patienter och sjuksköterskor deltog i individuella intervjuer, fokusgrupper och observationer med uppföljande intervjuer. Resultaten från de fyra delstudierna sammanfördes i en syntes för att fördjupa förståelsen av förtroliga samtal som fenomen.

Ett skört samspel

Förtroliga samtal växte fram i ett skört och ömsesidigt samspel mellan patient och sjuksköterska. Samtalen uppstod ofta i vardagliga situationer och kunde ta oväntade riktningar när samtalet fördjupades från vardagligt småprat till frågor om lidande, relationer, liv, död och mening. För sjuksköterskan innebar det att vara uppmärksam på patientens signaler och skapa utrymme för samtal, utan att kunna förutsäga dess innehåll eller riktning.

Relation och tillit gav samtalen en grund, men tilliten var skör. Patienterna avgjorde vad de ville dela, när de ville tala och vem de ville tala med. Sjuksköterskan behövde därför balansera mellan att bjuda in till samtal och att respektera patientens gränser. Samtalen kunde rymma både vardaglighet och existentiellt allvar, liksom glädje, sorg och lidande. Sjuksköterskorna berördes av patienternas berättelser och behövde samtidigt förhålla sig till sina egna känslor.

När patientens lidande inte gick att lindra eller förändra kunde sjuksköterskan ändå ha en viktig roll genom att stanna kvar i samtalet. Närvaro blev då viktigare än lösningar. Närvaron blev en lösning i sig. Förtroliga samtal framträdde som en del av det mellanmänskliga mötet, där sjuksköterskan behövde förena professionellt ansvar med mänsklig närvaro.

Att stanna kvar

Avhandlingen synliggör en aspekt som lätt hamnar i skymundan när samtal främst förstås som något som ska leda till information eller problemlösning. I förtroliga samtal kan vårdpersonalens uppgift vara mindre att åstadkomma något och mer att stanna kvar i det som inte går att lösa.

Det innebär ett särskilt slags professionellt ansvar. Vårdpersonal kan skapa förutsättningar för samtalet, men inte styra dess innehåll, riktning eller utfall. Inte heller går det alltid att lindra det lidande som blir synligt. Det professionella ansvaret kvarstår samtidigt som möjligheten att påverka är begränsad.

Det kan utmana en föreställning om professionell kompetens som förmågan att behärska situationer och finna lösningar. I förtroliga samtal kan kompetens i stället innebära att kunna uthärda osäkerhet, vara lyhörd för patientens gränser och stanna kvar även när det saknas en åtgärd. Det kräver inte mindre professionalitet, utan ett annat slags omdöme.

Det väcker också frågor om vilka förutsättningar som ges för sådant arbete. Tid, kontinuitet och möjlighet till reflektion och handledning är inte enbart organisatoriska frågor, utan också förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna bära det ansvar som följer med att möta patientens utsatthet.

Avhandlingen:

Att mötas i det sköra – En studie om förtroliga samtal i palliativ vård. Tove Stenman. Doktorsavhandling i omvårdnad, Mittuniversitetet, 2026.

Mittuniversitetet doktorsavhandling 448. ISBN 978-91-90017-61-6.

Via QR-koden kan du läsa avhandlingen i sin helhet

Tove Stenman
Leg. sjuksköterska, leg. barnmorska
Fil.dr, adjunkt i omvårdnad, Mittuniversitetet

Hallå där Tove Stenman!

”Våga vara tyst”

Vad överraskade Tove Stenman mest under arbetet med avhandlingen om förtroliga samtal i palliativ vård? Vilka möten har stannat kvar i minnet – och vad tar hon själv med sig från forskningen?

Vad överraskade dig mest under arbetet med avhandlingen?

– Patienternas vilja att bidra till forskningen, men också hur vårdpersonalens omtanke och välvilja ibland ledde till att patienterna aldrig fick frågan om att delta i undersökningen.

Var det något möte eller någon situation från forskningen som har stannat kvar hos dig?

– Flera. I delstudie tre gjorde jag fokusgrupper med sjuksköterskor. Deras samtal och hur de delade erfarenheter och reflektioner om när det är svårt på riktigt påverkade mig starkt då och har stannat kvar hos mig. De var så modiga och visade en sårbarhet som jag var oförberedd på och samtidigt så imponerad av.

– Och sedan mötet med patienterna, människor som levde sin sista tid och som tog av den tiden för att vara med! Som mannen som ville att vi skulle tidigarelägga intervjun så att han orkade vara med. Eller kvinnan som sa: ”Tack för att jag fick vara med och dela mina erfarenheter.

Du skriver om betydelsen av att ”stanna kvar”. Varför kan det vara så svårt för vårdpersonal?

– För att vi är vana och tränade i att åtgärda, informera, ge råd, alltid ha svar och komma med lösningar. Det blir utmanande för oss att låta bli det, och risken finns att vi då känner oss maktlösa.



Foto: Sandra Lee Vasiljev

Har forskningen förändrat hur du själv samtalar med patienter - eller din syn på vad ett bra samtal är?

– Ja, det har den. Men jag tror att vi ska vara försiktiga med att värdera vad ett bra samtal är. Det är så mycket som spelar in. Jag har lärt mig vikten av att lyssna och inte lösa, att våga vara kvar utan att ha kontroll – och att det är svårt ibland.

Om en sjuksköterska skulle ta med sig en enda sak från din avhandling in i nästa patientmöte - vad skulle du vilja att det var?

– Våga vara tyst. En sjuksköterska i delstudie ett sa: ”…det finns en anledning till varför du har fått två ögon och två öron och en mun… för att se... att se vem du har framför dig... lyssna på vad den säger... och förstå att dina ord inte är viktiga just nu.”

– Att vila i att mina ord inte är viktiga just nu.

Helena Eriksson Kjellgren

När döden blir en del av utbildningen

Kan konst skapa existentiell resiliens?

En sjuksköterska lär sig mycket under sin utbildning. Men går det att läsa sig till förmågan att möta döden?
På Mittuniversitetet får blivande sjuksköterskor, psykologer och socionomer närma sig tankar om livets ändlighet genom kultur.

– Stanna en stund och slut ögonen. Hur ser döden ut? Har den en färg? En form? Smakar den nåt?

Tove Berglund beskriver hur studenterna rör sig över kyrkogården i Östersund i skymningen, med musik och hennes röst i hörlurarna.

Hon blandar personliga reflektioner med brottstycken ur forskning och dikter som varit viktiga för henne. Från olika håll närmar sig rösten i hörlurarna döden.

Tove Berglund är konstnär och regissör. Hon har arbetat med interaktiva upplevelser kring existentiella teman i ungefär tio år.

– Jag tror att vi alla har behov av att närma oss döden för att förstå livet, men också vår egen död, säger hon.

En annan väg till kunskap

Döds Dining är ett scenkonstverk där deltagarna själva befinner sig mitt i verket, och promenaden över kyrkogården är bara början.

Mittuniversitetets rektor Anders Fällström hade redan börjat föra in konst och kultur i professionsutbildningarna när han träffade Tove Berglund. Han vill att studenter under studietiden ska få kunskap som ligger bortom kurslitteraturen – sådant som kan skava och ge andra perspektiv på människan, samhället och den egna yrkesrollen.

När han frågade Tove Berglund vad hon skulle kunna göra för sjuksköterskestudenterna blev hennes svar Döds Dining.

– Jag tyckte att detta lät jättebra. Sjuksköterskestudenterna har säkert en hel del moment som handlar om döden i kursböcker och föreläsningar. Men döden är ett sådant tema där man

Studenter får möjlighet att lägga sig i en kista som lånats från Sveriges Begravningsbyråers Förbund. Ganska många studenter testar att ligga i kistan när den stängs.

Foto: Maja Daniels

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ▶

Foto: Maja Daniels



Tove Berglund är konstnär och regissör.

Foto: Marlene Berg



Anders Fällström är rektor på Mittuniversitetet.

> **Jag visste inte ens att det här sättet att tänka på fanns.**

behöver samtala och hitta andra sätt att förstå ämnet än vad man kan få i en föreläsning, säger Anders Fällström.

Många har kanske inte ens tänkt särskilt mycket på döden. En del har tänkt men vill verkligen inte prata om den.

– Att kunna skapa ett forum där man får samtala och får hjälp i form av kultur för att komma igång och verkligen prata om döden tror jag är jättebra.

Inte minst, menar han, för människor som senare ska möta patienter som är nära döden – och deras anhöriga.

Inför första tillfället kontaktade universitetet också psykolog- och socionomutbildningarna.

– Och de var nästan ännu mer engagerade, säger Anders Fällström som tycker att det är extra värdefullt att de tre grupperna nu får prata om ämnet över professionsgränserna.

Tove Berglund berättar att studenternas promenad på kyrkogården fortsätter till en restaurang. De har alla med sig var sitt föremål som de kopplar samman med döden. Under tystnad skapar de där ett gemensamt vanitas – ett konstnärligt stilleben över livets förgänglighet. Tidigare deltagare har tagit med sig allt från ultraljudsbilder, fotografier, smycken och böcker. Någon har plockat ett löv på vägen.

– Det är otroligt rörande att se vad människor tar med sig, säger Tove Berglund.

Sedan börjar middagen. Middagen är en umgängesform som de flesta känner igen, och genom att skruva på det välbekanta vill Tove Berglund ge förutsättningar för samtal som annars kan vara svåra att få till.

Kockarna tolkar döden i tre serveringar. Vid tidigare middagar har exempelvis den råa, kalla döden gestaltats genom råbiff och den tidiga döden genom en äggrätt.

– Mat är ett väldigt intimt uttryck. Man konsumerar och äter någons konstverk, beskriver Tove Berglund.

Mellan rätterna vävs konst och vetenskap ihop.

Konst och vetenskap

Vid höstens middag talar forskarna Rakel Eklund om barn och sorg och Tove Stenman om betydelsen av samtal i palliativ vård, medan dramatikern och skribenten Dimen Abdulla närmar sig döden från ett existentiellt håll.

– Vi skapar ett rum som ger väldigt goda förutsättningar för att prata om de existentiella tankar som omger döden, säger Tove Berglund.

Efter middagen väntar riktiga urnor och begravningskistor. Ingen behöver, men den som vill får lägga sig i en kista, även med locket stängt.

Gör någon det?

– Det brukar vara ganska många som gör det, faktiskt, säger Tove Berglund.

Och för henne är det fysiska mötet en viktig del av verket.

– Att få möjlighet att utforska de här laddade objekten i en annan kontext än när man själv är i sorg är väldigt värdefullt. Det ger också en fysisk förståelse.

Döds Dining genomfördes första gången 2024 som pilotprojekt. Nu har Tove Berglund ett treårigt uppdrag att föra samman konst och akademi. Rektor Anders Fällström vill att kulturen ska ha en given roll i alla professionsutbildningar på Mittuniversitetet.

På civilingenjörsprogrammet är kulturinslagen obligatoriska. För sjuksköterske-, psykolog- och socionomstudenterna är Döds Dining fortfarande frivilligt, men universitetet arbetar för att få in det i utbildningsplanerna.

Han känner inte till något annat universitet som arbetar på motsvarande sätt.

– Studenter får ofta möjlighet att gå på teater eller har läsecirklar. Men jag har aldrig hört talas om något som liknar det här.

Här handlar konsten inte främst om att studenterna ska få större kulturvana.

– I våra projekt får studenterna möta sådant som ”skaver” och tvingas brottas med tankar på ett annat sätt. För det är kulturen helt oslagbar, tycker jag.

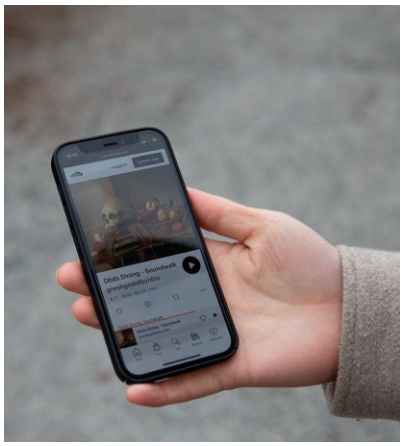
Att rustas för det svåra

Och när det gäller Döds Dining har Anders Fällström stora förhoppningar.

– Jag hoppas att de studenter som har fått den här möjligheten kan vara lite bättre förberedda för sina yrkesliv. De har fått med sig någonting annat, säger Anders Fällström.

Vad är det där ”någonting annat”?

– Jag tror att man genom den här kulturupplevelsen kan få en annan förståelse för döden, säger han.



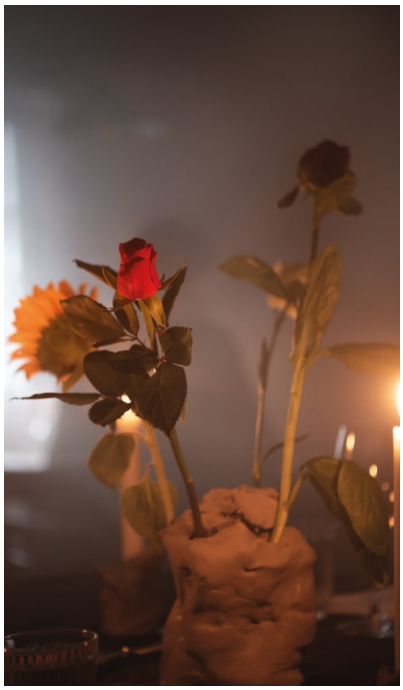


Foto: Maja Daniels

Men om Döds Dining faktiskt gör det lättare att möta en döende människa är en annan fråga. Tove Berglund är försiktig.

– Jag hoppas verkligen det. Men jag har ju inte mött studenterna i sina arbetslivssituationer.

Hon berättar att deltagare sagt:

– Jag visste inte ens att det här sättet att tänka på fanns.

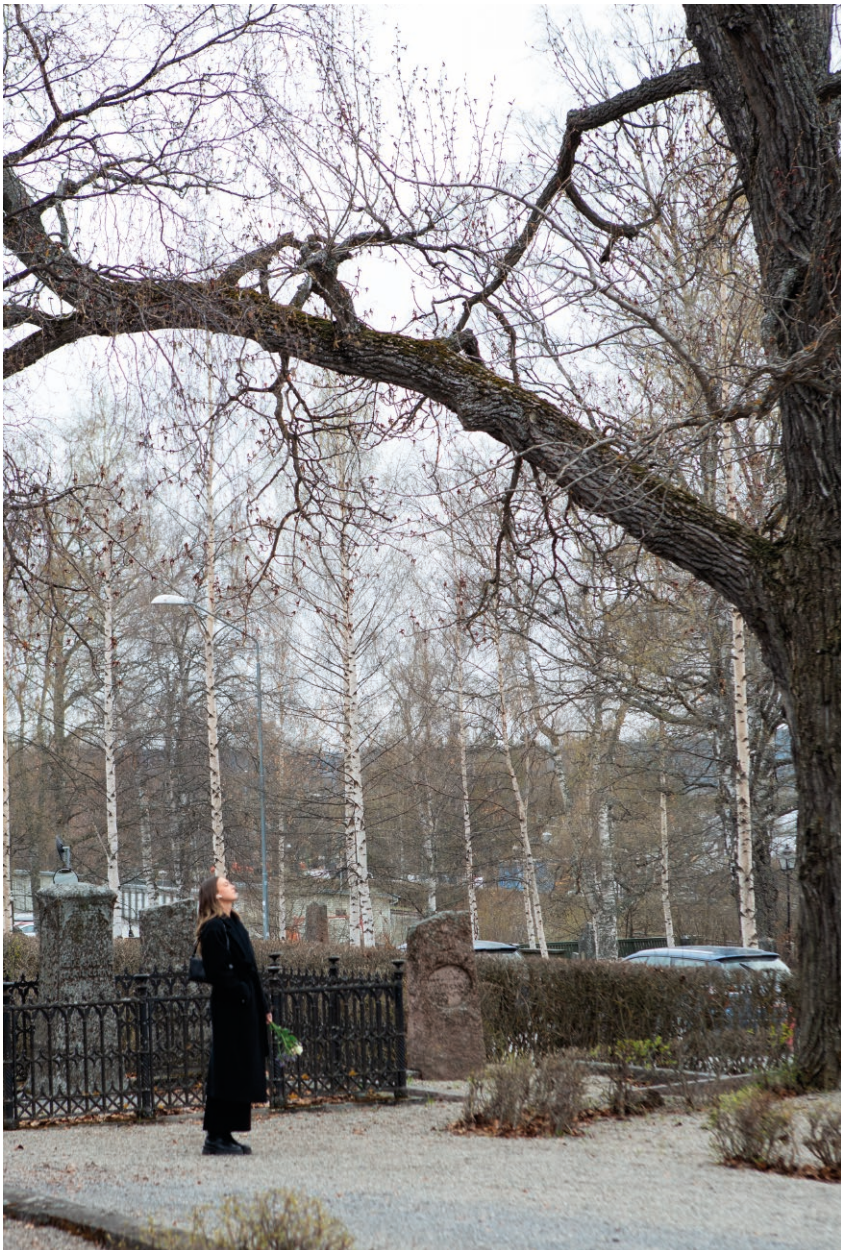
Och:

– Jag vet inte vad jag varit med om och jag visste inte att jag behövde vara med om det här. Men det har givit mig nya tankar och verktyg.

För Tove Berglund handlar konstprojektet inte bara om att sjuksköterskor ska bli bättre på att vara sjuksköterskor.

– Egentligen handlar det här om att kunna möta svåra situationer som inträffar i varje människas liv – om att utveckla ett slags existentiell resiliens.

Helena Eriksson Kjellgren





Studenterna rör sig över kyrkogården i Östersund med Toves röst och musik i hörlurarna. Därefter är det middag, forskare kommer och pratar och sedan – utforskande av urnor och kistor.

Barnpalliativ vård

Från eldsjälar till nationell struktur

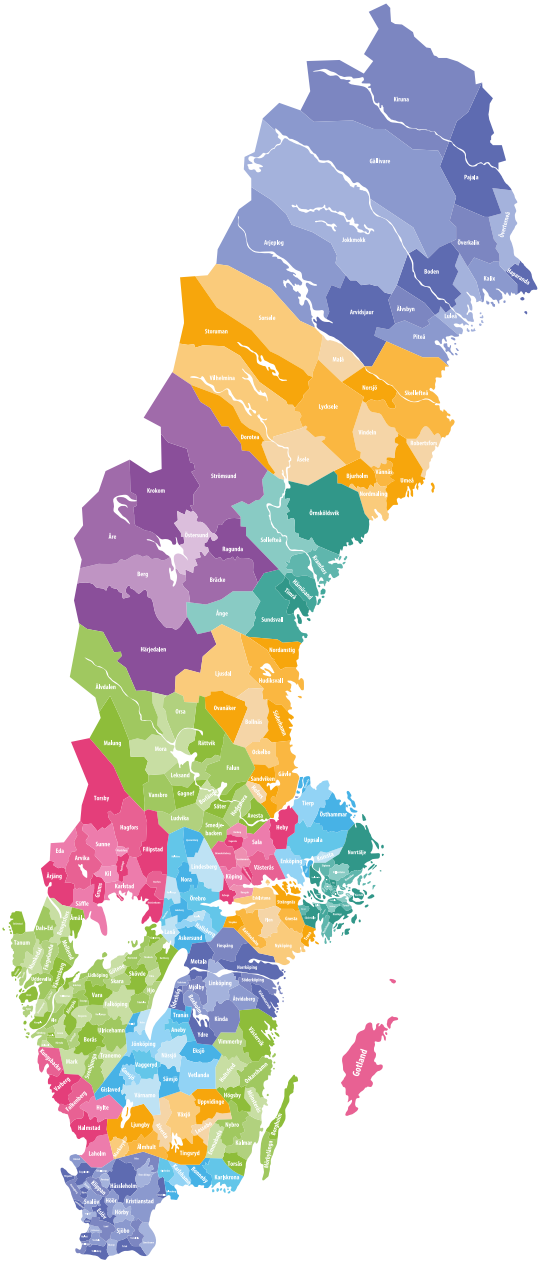


Bild: Adobestock

När barnpalliativa konsultteam från olika delar av Sverige samlades till ett första nationellt möte i år blev utvecklingen och skillnaderna i landet synliga. Charlotte Castor, ordförande för Svensk förening för pediatrisk palliativ vård, svarar på frågor om vad mötet visade och vart barnpalliativ vård är på väg.

Vad blev tydligt vid mötet?
– Verksamhetsutvecklingen exploderar på olika ställen i Sverige men har olika fokus, är olika omfattande och har gått olika fort. Det finns en gemensam ambition att gå från eldsjälar till ett mer professionellt, hållbart och strukturerat upplägg.

Om du skulle rita en karta över barnpalliativ vård i Sverige i dag - hur skulle den se ut?
– Den skulle vara brokig, med vita fläckar. Som exempel så har barnkliniker och specialiserad palliativ vård kommit olika långt i att organisera sig runt arbetet. På en del ställen i landet finns möjligheter till vård i hemmet med varierande kompetens och på andra ställen finns inte denna möjlighet utöver när föräldrar på eget ansvar vårdar sitt barn. På en del håll finns team av varierande kompetens på dagtid för konsultation. I Stockholm finns palliativ slutenvårdsavdelning för barn, på andra ställen vårdas barn på enheter för vuxna som anpassar för det enskilda barnet eller så bereder barnsjukvården plats. En del av våra 290 kommuner är involverade, andra inte. Vita fläckar kan vara uttryck för bristande utbud av vård med rätt kompetens men också för vår bristande insyn i vård som ges i Sverige. När så mycket händer på kort tid blir överblicken svår.

Hur mycket går det att standardisera den barnpalliativa vården?
– Att barn dör är en sällanhändelse, färre än 500 barn per år. Vi kan inte utveckla stora, standardiserade program i tron att allt kan förberedas. Det som däremot behövs är en utvecklad beredskap med riktlinjer, samverkan och förutsättningar för att skapa en lösning som passar det unika barnets situation.

Vad har förändrats under de senaste fem-tio åren?
– Mycket! Barn inkluderas i cancerstrategier och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för palliativ vård med mera. Justeringen av begreppet palliativ vård 2025 är en stor framgång för oss då den passar med internationella definitioner av barnpalliation. Sedan 2021 finns också ett nationellt vårdprogram för palliativ vård av barn, vilket reviderades 2025. Allt fler palliativa team, ombud och konsultteam skapas. Samverkan ökar mellan



Foto: Privat

Charlotte Castor är ordförande för Svensk Förening för Pediatrisk Palliativ Vård.

barnsjukvård, palliativ vård, kommuner och barnhabilitering.

Är barnpalliativ vård i Sverige fortfarande beroende av eldsjälar?
– Ja, men kanske börjar det förändra sig. På en del ställen ligger arbetet fortfarande i startgroparna och står och faller med eldsjälarna, men på andra ställen har det satt sig tydligare i arbetssätt och förhållningssätt. Mycket av arbetet sker också i projekt, ofta med kortare finansieringsperioder. Vad händer när dessa tar slut? Har vi förankrat arbetssättet, visat att det gör skillnad, påverkat organisation och politik så att palliativ vård för barn blir lika självklar som andra delar av vården?

Vad behöver göras gemensamt nationellt?
– Vid vårt nationella möte såg vi värdet av att träffa andra som är drivande i arbetet. Många är engagerade i utbildning och brottas med liknande utmaningar. Vi enades därför om att fortsätta träffas för att stötta varandra och också för att utveckla nationellt användbart material för att samordna information, motivation, argumentation och problematisering. Det materialet utvecklas nu.

Om du får samma frågor om fem år - vad hoppas du har förändrats?
– Att de projekt som visat framgång har etablerats som klinisk verksamhet, att samverkan och samstämmighet mellan vårdformer, professioner och verksamheter har ökat och färre barn missar god palliativ vård för att professionen talar förbi varandra eller har olika förståelse av centrala begrepp som palliativ vård. Att samtal vid allvarlig sjukdom är ett väletablerat stöd för samtal med barn och familjer om deras önskemål, förväntningar och prognos.

Text: NRPV:s medlemssidor

Grattis till forskningsstipendierna!

Hur bedömer man smärta hos patienter som inte längre kan kommunicera? Och hur kan stödet till patienter och närstående i palliativ hemsjukvård förbättras? Det är frågor som står i centrum när Nationella rådet för palliativ vård (NRPV) för första gången delar ut forskningsstipendier på 100 000 kronor vardera. Årets stipendiater är:

Jeanette Johansson, sjuksköterska och doktorand vid Umeå universitet, får stipendium för ett projekt som ska utveckla ett nytt instrument för smärtbedömning hos patienter som inte längre kan kommunicera. Ett sådant verktyg kan få stor betydelse för symtomlindring och kliniska beslut inom den palliativa vården.

Eric Dicksson, sjuksköterska och doktorand vid Linnéuniversitetet, får stipendium för forskning om relationens betydelse för vårdande, hälsa och sorgebearbetning. Resultaten kan bidra till att utveckla och förbättra stödet till patienter och närstående när palliativ vård ges i hemmet. Anslagen ska användas för att skriva en bra ansökan till en forskningsfinansiär.

De båda stipendiaterna önskas stort grattis till fina ansökningar och angelägna projekt!



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

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

WWW.PALLIATIVVARD.SE

ANSVARIG UTGIVARE
Carl Johan Fürst
Överläkare, professor, Lund

CHEFREDAKTÖR
Helena Eriksson Kjellgren
Journalist
tidskriften@nrpv.se

REDAKTION
Ida Malmström
Fysioterapeut, Malmö

Ursula Scheibling
Överläkare, Medicinsk Rådgivare Mobila team och Specialiserad Palliativ Vård

Kristina Grahn
Kurator, Ängelholm

Sofia Dettmann
Ordförande NRPV
Biträdande verksamhetschef och överläkare, Västerås

Camilla Winberg Österberg
Arbetsledande sjukhuspräst
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Mia Gunnarsson Utriainen
Specialistundersköterska i Palliativ vård
Södra Älvsborgs sjukhus, Borås.

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 ÄR EN 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

SiP
Föreningen för Socionomer inom Palliativ Vård
www.fsip.se

SFPM
Svensk Förening för Palliativ Medicin
www.sfpm.se

SFPO
Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad
www.swenurse.se/sfpo

UFPO
Undersköterskor för Palliativ Omvårdnad
www.ufpo.se

DIO
Dietister inom onkologi
www.dio-nutrition.se

FÖRENINGEN FÖR ARBETSTERAPEUTER INOM PALLIATIV VÅRD - FAiP
www.nrpv.se

FYSIOTERAPEUTERNA - SEKTIONEN FÖR ONKOLOGISK OCH PALLIATIV FYSIOTERAPI
www.fysioterapeuterna.se

CHEFER OCH LEDARE I PALLIATIV VÅRD

SVENSK FÖRENING FÖR PEDRIATISK PALLIATIV VÅRD
sfppv.barnlakarforeningen.se

NÄTVERK FÖR SJUKHUSKYRKA OCH TEOLOGER INOM PALLIATIV VÅRD

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET



Hur upplevde närstående vården?

Erbjud dem att dela med sig av sin upplevelse genom vår närståendeenkät.

Inloggningsuppgifter skapas med en enkel knapptryckning!

www.palliativregistret.se

CERTIFIERINGSPROGRAM

Kvalitetssäkrad fortbildning i palliativ vård för hela teamet

Betaniastiftelsens certifieringsprogram ger hela enheten digitala utbildningar för varje yrkesroll, reflektion i teamet och webbinarier i ett årligt program.

Anmäl ert intresse senast den **31 december 2026** så gäller priset **395 kr** per deltagare och år.

Nästa programstart **1 februari 2027**.
www.betaniastiftelsen.nu/utbildningar

Posttidning B
Retur: Palliativ Vård
c/o Adviser AB, Bellmansgatan 8,
118 20 Stockholm

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

itACiH

046-13 24 44 • itacih.se • info@itacih.se

Digital lösning för sjukvård i hemmet