

# PALLIATIV VÅRD FÖR ALLA

2:a NATIONELLA KONFERENSEN  
I PALLIATIV VÅRD  
13-14 MARS 2012





## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

Välkommen	2
Kommittéer	3
Programöversikt	4-7
Rumsöversikt sessioner	8
Program detaljerat per dag	9-24
Plenarföreläsningar	25-28
Förteckning Abstrakts	29
Abstrakt Föredrag	30-55
Anteckningsblad	56-62

# **VARMT VÄLKOMNA TILL DEN**

## **2:a NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD**

Den palliativa vården i Sverige utvecklas just nu starkt med stöd av Socialdepartementet via SKL och Socialstyrelsen. Även många landsting och kommuner liksom de ny-startade regionala cancercentra är aktiva. Men viktigast av allt: för att en förbättring ska kunna ske för patienter och närstående behövs alla ni konferensdeltagare som ”gör jobbet”.

Intresset för konferensen är stort och vi kommer att vara över 700 deltagare med representanter för de flesta av sjukvårdens professioner. Särskild tid är avsatt för de olika yrkesföreningarna som får möjlighet att diskutera sina egna frågor. Men konferensen i övrigt riktar sig till hela teamet.

Konferensens tema är ”Palliativ Vård för Alla”. Vi vill med detta lyfta fram att den palliativa vården ska genomsyra hela sjukvårdssystemet och inte enbart ses som en särskild vårdform. Döendet och döden är – som vi alla vet – inte en sjukdom utan något som kommer att drabba oss alla. Inga undantag finns för ålder, diagnos, kulturell eller social bakgrund. Trots en stark utveckling finns det fortfarande stora brister på många håll i landet. Bristerna är geografiska men rör också enskilda vårdenheter och vårdformer på samma ort. Det handlar om kunskap, attityder, organisation och resurser!

Programmet bygger till stora delar på 24 parallella sessioner som inbjudna experter generöst åtagit sig att planera och genomföra. De fyra plenarföreläsningarna speglar några av de viktiga utmaningar som den palliativa vården står inför idag. Vi vill redan här passa på att tacka våra föreläsare och alla andra som aktivt deltar i programmet.

Vår förhoppning är att konferensen genom föredrag, debatter, seminarier och andra aktiviteter ska ge nya insikter och ökad inspiration för att fortsätta arbetet med att förbättra den palliativa vården i Sverige. Och vi vet att utbytet kolleger emellan under pauser, diskussioner och under konferensmiddagen är något som många värdesätter mycket!

Konferensen arrangeras även denna gång i ett samarbete mellan Stiftelsen Stockholms Sjukhem, Ersta Sköndal Högskola, Ersta Diakoni och Nationella Rådet för Palliativ Vård. Vårt gemensamma syfte är att åter stå som garant och skapa ett nationellt forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom palliativ vård.

**Carl Johan Furst**

Ordförande, Nationella Rådet för Palliativ Vård

Överläkare, Stockholms Sjukhem, professor, Karolinska Institutet

**Jan-Håkan Hansson**

Rektor, Ersta Sköndal Högskola

**Elisabet Wennlund**

Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem

**Stefan Nilsson**

Direktor Ersta Diakoni

## **STYRGRUPP**

**Jan-Håkan Hansson**

Rektor, Ersta Sköndal Högskola

**Elisabet Wennlund**

Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem

## **PROGRAMRÅD**

**Carl Johan Fürst**

överläkare, professor, Stockholms Sjukhem samt  
ordförande i Nationella Rådet för Palliativ Vård – NRPV

**Georg Engel**

överläkare, med. dr., överläkare, Ersta Diakoni

**Britt-Marie Ternestedt**

leg. sjuksköterska, professor, Ersta Sköndal Högskola

## **REFERENSGRUPP**

**Magdalena Andersson**, leg. sjuksköterska, med. dr., Eslöv

**Bertil Axelsson**, överläkare, med. dr., Östersund

**Inger Benkel**, kurator/socionom, med. dr., Göteborg

**Daniel Brattgård**, sjukhuspräst vdm Göteborg

**Margareta Brännström**, leg. sjuksköterska, med. dr., Skellefteå

**Gunnar Eckerdal**, överläkare, Kungsbacka

**Karin Fransson**, överläkare, Kalmar

**Maria Friedrichsen**, leg sjuksköterska, docent, Norrköping

**Elisabeth Kenne-Sarenmalm**, leg. sjuksköterska, med. dr., Skövde

**Maria Olsson**, leg. sjuksköterska, Oskarshamn

**Ylva Orrevall**, leg. dietist, med dr., Stockholm

**Susan Plate**, överläkare, Arvika

**Birgit Rasmussen**, leg. sjuksköterska, professor, Umeå

**Peter Strang**, överläkare, professor, Stockholm

**Carol Tishelman**, leg. sjuksköterska, professor, Stockholm

**Camilla Wedenby**, leg. arbetsterapeut, Göteborg

## **PROJEKTLEDARE**

**Sylvia Sauter**, koordinator

Stockholms Sjukhem och Nationella Rådet för Palliativ Vård - NRPV

## **KONFERENSADMINISTRATION**

**Anette Blomstrand**, BokningsBolaget

**PROGRAM, 2:A NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD – Dag 1, 13 mars 2012 – FÖRMIDDAG**

09.00 - 10.00	<b>REGISTRERING OCH KAFFE</b>			
10.00 - 10.30	<b>VÄLKOMMEN</b> Carl Johan Først, Ordförande - Nationella Rådet för Palliativ Vård Jan-Håkan Hansson, Rektor, Ersta Sköndal Högskola Elisabet Wennlund, Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem			<b>Kongresshall AB</b>
10.30 - 11.00	<b>PALLIATIV VÅRD FÖR ALLA</b> Eva Nilsson Bågenholm, leg. läkare, Nationell Äldresmordnare, Socialdepartementet <i>Moderator: Carl Johan Først, leg. läkare, professor, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet</i>			<b>Kongresshall AB</b>
11.00 - 11.30	<b>PAUS</b>			
11.30 - 13.00	<b>PARALLELLA SESSIONER</b>			
	<b>Att ha fokus på familjen – utopi eller möjlighet?</b> <i>Sessionsledare: Eva Benzein</i>	<b>Kroppen vår borg – sinnenas och medvetandets hårbärg</b> <i>Sessionsledare: Elisabeth Wahlberg</i>	<b>Medborgarperspektiv på döden - Hälsofrämjande palliativ vård.</b> <i>Sessionsledare: Carol Tishelman</i>	<b>Ny kunskap inom palliativ vård – avhandlingar 2011-2012</b> <i>Sessionsledare: Birgit Hohritz Rasmussen</i>
	<b>S1 RUM: 202</b>	<b>S2 RUM: 503</b>	<b>S3 RUM: 201</b>	<b>S4 RUM: 203</b>
	<b>Palliativ sedering, läkarassisterat suicid, dödshjälp – om gränser inför döden</b> <i>Sessionsledare Hans Thulesius</i>	<b>Teamet och kommunikation</b> <i>Sessionsledare Camilla Wedenby</i>	<b>Vardagsetiska frågor inom palliativ vård</b> <i>Sessionsledare Joakim Öhlén</i>	<b>Vårdmiljöns betydelse i palliativ vård</b> <i>Sessionsledare Helle Wijik</i>
	<b>S5 Kongresshall A</b>	<b>S6 Kongresshall B</b>	<b>S7 RUM: 307</b>	<b>S8 RUM: 300</b>

**PROGRAM, 2:A NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD – Dag 1, 13 mars 2012 – EFTERMIDDAG**

13.00 - 14.15	<b>LUNCH</b>		
14.15 - 15.45	<b>PARALLELLA SESSIONER</b>		
	<p><b>Den döda kroppen</b> Sessionsledare: <i>Olav Lindqvist</i></p> <p><b>S9 RUM: 503</b></p>	<p><b>Efterlevandestöd</b> Sessionsledare: <i>Inger Benkel</i></p> <p><b>S10 RUM: 307</b></p>	<p><b>Existentiell kris ur ett palliativt perspektiv – kan rollatorn ha en existentiell betydelse och kan en buktparning väcka dödsångest?</b> Sessionsledare: <i>Lisa Sand</i></p> <p><b>S11 Kongresshall B</b></p>
	<p><b>Palliativ vård inom akut-sjukvården</b> Sessionsledare: <i>Maria Friedrichsen</i></p> <p><b>S13 RUM: 202</b></p>	<p><b>Pedagogisk utveckling – goda exempel</b> Sessionsledare: <i>Staffan Lundström</i></p> <p><b>S14 RUM: 300</b></p>	<p><b>Hur börjar man forska?</b> Sessionsledare: <i>Ulrika Kreicbergs</i></p> <p><b>S12 RUM: 203</b></p>
15.45 - 16.15	<b>KAFFE / TE</b>		
16.15 - 18.00	<b>YRKESFÖRENINGARNAS SESSIONER</b>		
19.30	<b>FEST &amp; MIDDAGSBUFFÉ PÅ SOLLIDEN, SKANSEN</b>		
		<p><b>Stöd till personal i situationer som väcker känslor och aktualiserar svåra etiska frågor.</b> Sessionsledare: <i>Britt-Marie Ternstedt</i></p> <p><b>S16 Kongresshall A</b></p>	

**PROGRAM, 2:A NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD – Dag 2, 14 mars 2012 – FÖRMIDDAG**

08.00 - 09.00	<b>YRKESFÖRENINGARNAS SESSIONER</b>			
09.00 - 09.15	<b>REFLEKTION</b>			<b>Kongresshall AB</b>
09.15 - 10.00	<b>PALLIATIV VÅRD VID OLIKA DIAGNOSER – LIKHETER OCH OLIKHETER</b> Peter Strang, överläkare, professor, Karolinska Institutet, Stockholms Sjukhem <i>Moderator: Georg Engel, överläkare med. dr., Ersta Diakoni</i>			<b>Kongresshall AB</b>
10.00 - 10.30	<b>KAFFE / TE</b>			
10.30 - 11.15	<b>SYMPTOM I PALLIATIV VÅRD. FÅR VI HELHETEN GENOM ATT MÄTA DELARNA?</b> Carol Tishelman, leg. sjuksköterska, professor, Karolinska Institutet, Stockholms Sjukhem <i>Moderator: Britt-Marie Ternstedt, leg. sjuksköterska, professor, Ersta Sköndal Högskola</i>			<b>Kongresshall AB</b>
11.30 - 12.45	<b>PARALLELLA SESSIONER</b>			
	<b>Andnöd/Dyspnoe – upplevelse och behandling</b> <i>Sessionsledare: Jan Starlander</i> <b>S17 RUM: 201</b>	<b>Depression och ångest vid svår somatisk sjukdom</b> <i>Sessionsledare: Ullakarin Nyberg</i> <b>S18 RUM: 202</b>	<b>Fatigue hos patienter i livets slutskede</b> <i>Sessionsledare: Carina Lundh Hagelin</i> <b>S19 RUM: 300</b>	<b>Illamående</b> <i>Sessionsledare: Maria Jakobsson</i> <b>S20 RUM: 203</b>
11.30 - 12.45	<b>Kakexi - Nya definitioner och patientfallsdiskussioner</b> <i>Sessionsledare: Ylva Orrevall</i> <b>S21 RUM: 503</b>	<b>Kvalitetsregister för döende – Palliativregistret</b> <i>Sessionsledare: Greger Fransson</i> <b>S22 RUM: 501</b>	<b>Liverpool Care Pathway (LCP) – ett strukturerat arbetssätt i vården av den döende. Erfarenheter – Nuläge – Framtid</b> <i>Sessionsledare: Gunilla Lundaquist</i> <b>S23 RUM: 307</b>	<b>Smärta - De svåra fallen</b> <i>Sessionsledare: Hans Johansson</i> <b>S24 Kongresshall AB</b>



**PROGRAM, 2:A NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD – Dag 2, 14 mars 2012 – EFTERMIDDAG**

12.45 - 13.30	<b>LUNCH</b>
13.30 - 14.30	<b>POSTERSESSION</b>
14.35 - 14.50	<b>UTDELNING AV POSTERPRIS</b>
14.50 - 15.30	<b>DEN MODERNA DÖDEN</b> Karin Johansson, professor i idéhistoria, Uppsala Universitet <i>Moderator: Carl Johan Fårst, överläkare, professor, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet</i>
15.30 - 16.00	<b>KONFERENSEN AVSLUTAS</b>

**TISDAG 13 MARS – PARALLELA SESSIONER KL 11.30 - 13.00**

Rum: 202	<b>S1</b> Att ha fokus på familjen – utopi eller möjlighet?
Rum: 503	<b>S2</b> Kroppen vår borg – sinnen och medvetandets hårbärge
Rum: 201	<b>S3</b> Medborgarperspektiv på döden – Hälsofrämjande palliativ vård
Rum: 203	<b>S4</b> Ny kunskap inom palliativ vård – avhandlingar 2011-2012
Kongresshall A	<b>S5</b> Palliativ sedering, läkarassisterat suicid, dödshjälp – om gränser inför döden
Kongresshall B	<b>S6</b> Teamet och kommunikation
Rum: 307	<b>S7</b> Vardagsetiska frågor inom palliativ vård
Rum: 300	<b>S8</b> Vårdmiljöns betydelse i palliativ vård

**TISDAG 13 MARS – PARALLELA SESSIONER KL 14.15 - 15.45**

Rum: 503	<b>S9</b> Den döda kroppen
Rum: 307	<b>S10</b> Efterlevandestöd
Kongresshall B	<b>S11</b> Existentiell kris ur ett palliativt perspektiv – kan rollatorn ha en existentiell betydelse och kan en buktapning väcka dödsångest?
Rum: 203	<b>S12</b> Hur börjar man forska?
Rum: 202	<b>S13</b> Palliativ vård inom akutsjukvården
Rum: 300	<b>S14</b> Pedagogisk utveckling – goda exempel
Rum: 201	<b>S15</b> Sociala medier i vården
Kongresshall A	<b>S16</b> Stöd till personal i situationer som väcker känslor och aktualiserar svåra etiska frågor.

**TISDAG 13 MARS – PARALLELA YRKESSSESSIONER KL 16.15 - 18.00**

Rum: 503	Arbetsterapeuter
Rum: 204	Dietister
Rum: 300	Kuratorer
Rum: 202	Läkare
Rum: 501	Präster – teologer – diakoner
Rum: 201	Sjukgymnaster
Kongresshall A	Sjuksköterskor
Rum: 307	Undersköterskor

**ONSDAG 14 MARS – PARALLELA SESSIONER KL 11.30 - 12.45**

Rum: 201	<b>S17</b> Andnöd/Dyspnoe – upplevelse och behandling
Rum: 202	<b>S18</b> Depression och ångest vid svår somatisk sjukdom
Rum: 300	<b>S19</b> Fatigue hos patienter i livets slutskede
Rum: 203	<b>S20</b> Illamående
Rum: 503	<b>S21</b> Kakexi - Nya definitioner och patientfallsdiskussioner
Rum: 501	<b>S22</b> Kvalitetsregister för döende – Palliativregistret
Rum: 307	<b>S23</b> Liverpool Care Pathway (LCP) – ett strukturerat arbetssätt i vården av den döende. Erfarenheter – Nuläge – Framtid
Kongresshall AB	<b>S24</b> Smärta - De svåra fallen

## 2:a NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

# Dag 1 – tisdag den 13 mars 2012

09.00 - 10.00

**Registrering och kaffe**

10.00 - 10.30

**Välkommen**

**Kongresshall**

**Carl Johan Fürst**

Ordförande, Nationella Rådet för Palliativ Vård

**Jan-Håkan Hansson**

Rektor, Ersta Sköndal Högskola

**Elisabet Wennlund**

Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem

10.30 - 11.00

**Palliativ vård för alla**

**Kongresshall**

**Eva Nilsson Bågenholm**

leg. läkare, Nationell Äldresamordnare, Socialdepartementet

Moderator:

**Carl Johan Fürst**

överläkare, professor, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet

11.00 - 11.30

**Paus**

11.30 - 13.00

**Parallella sessioner**

11.30 - 13.00

**Att ha fokus på familjen - utopi eller möjlighet?**

**Rum 202  
S1**

**Sessionsledare:**

**Eva Benzein,**

professor, Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linné-universitetet, Kalmar, Enheten för forskning i palliativ vård, Ersta Sköndal högskola

**Medverkande och programpunkter**

Inledning

**Eva Benzein**

Närstående och vårdande

**Birgitta Andershed**

leg. sjuksköterska, professor, Enheten för forskning i palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola

Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik, Norge

Ett stödprogram för närstående under pågående palliativ vård

**Anette Henriksson**

leg. sjuksköterska, doktorand, Enheten för forskning i palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för Hälsovetenskap och medicin, Örebro Universitet, Palliativa enheten, Dalens Sjukhus, Stockholm

Sessionen avslutas med en interaktiv diskussion med åhörarna.

11.30 - 13.00

**Kroppen vår borg - sinnenas och medvetandets  
härbärge**

**Rum 503  
S2**

**Sessionsledare:**

Elisabeth Wahlberg,

leg. sjukgymnast, M Sci., Stockholm

**Medverkande och programpunkter**

Att hantera en kropp i förändring

Sara Svensson, leg. sjukgymnast, ASIH Norrtälje

Kroppens betydelse i meditation

Camilla Sköld, leg. sjukgymnast, med. dr., Stockholm

Sista tiden i livet på särskilt boende, fysisk aktivitet och  
välbefinnande

Elisabeth Rydwik, leg. sjukgymnast, med. dr., Stockholm

Medicinsk yoga

Annbritt Milton, leg. arbetsterapeut, Stockholms Sjukhem,  
Stockholm

11.30 - 13.00

**Medborgarperspektiv på döden -  
Hälsofrämjande palliativ vård**

**Rum 201  
S3**

**Sessionsledare:**

Carol Tishelman,

leg. sjuksköterska, professor, Karolinska Institutet, Stockholms  
Sjukhem

**Medverkande och programpunkter**

Olav Lindqvist, leg. sjuksköterska, med. dr., Institutionen för  
lärande informatic magement och etik, Karolinska Institutet,  
Vårdutvecklare AHS-Viool, Skellefteå

Hälsofrämjande palliativ vård är ett nytt begrepp i Sverige och  
kommer att presenteras under sessionen. Det handlar om att öka  
medvetenheten i befolkningen om att döende och död är en nor-  
mal del av livet. Men också att utbilda och stödja familj, grannar,  
vänner, arbetskamrater m.fl. så att de kan och vågar engagera sig  
i vården av dem som har en livshotande sjukdom.

I session ges också exempel på metoder som införts i Victoria,  
Australien.

Merparten av sessionen kommer att bestå av ett interaktivt ”Café  
to Go” dvs samtal om döende och sorg i kafémiljö, som är en av  
de metoder som används i hälsofrämjande palliativ vård

11.30 - 13.00

**Ny kunskap inom palliativ vård -  
avhandlingar – 2011-2012**

**Rum 203  
S4**

**Sessionsledare:**

**Birgit Holritz Rasmussen,**

leg. sjuksköterska, professor, Institutionen för omvårdnad, Umeå  
Universitet, Axlagården Hospice, Umeå

**Medverkande och programpunkter**

Vård i livets slutskede och dödshjälp:

attityder bland läkarstudenter och döende cancerpatienter.

**Marit Karlsson**, överläkare, med. dr., LAH Linköping,  
Universitetssjukhuset i Linköping

Att vara närstående inom palliativ vård – under patientens sjuk-  
domstid och efter dödsfallet.

**Inger Benkel**, socionom/kurator, med. dr., Palliativa enheten,  
Palliativt Centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göte-  
borgs universitet

Själv-bilder och vi-bilder i en förändrad vardag nära döden  
hemma.

**Ida Carlander**, leg. sjuksköterska, med. dr., Enheten för forsk-  
ning i palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola

Att leva med cancer - patient- och partnerperspektiv.

**Katarina Sjövall**, leg. sjuksköterska, med. dr., Skånes Onkolo-  
giska klinik, Universitetssjukhuset i Lund

Frågor och diskussion

**Kongresshall A  
S5**

11.30 - 13.00

**Palliativ sedering, läkarassisterat suicid,  
dödshjälp – om gränser inför döden**

**Sessionsledare:**

**Hans Thulesius,**

överläkare, docent, Växjö, Lunds Universitet

**Medverkande och programpunkter**

**Gunnar Eckerdal**, överläkare, diplomerad i palliativ medicin,  
Kungsbacka

**Marit Karlsson**, överläkare, med. dr., diplomerad i palliativ  
medicin, Linköping

**Gösta Gahrton**, leg. läkare, professor, Stockholm

Inledningsvis presenteras etiska aspekter som talar för respek-  
tive mot förändrad lagstiftning beträffande läkarassisterat suicid  
och eutanasi.

*Fortsättning  
från sid 11*

Professionens synpunkter och allmänhetens åsikter vägs mot döende människors tankar och önskemål så som de uttrycks enligt aktuella forskningsrön och många människors erfarenheter som närstående.

Auditoriet inbjuds till dialog och reflektion.

De som arbetar inom palliativ vård har anledning att ta del av de argument som förts fram för att kunna besvara frågor och ge kompetent stöd till svårt sjuka patienter vars livsvilja tagit slut

**11.30 - 13.00**

### **Teamet och kommunikation**

**Kongresshall B  
S6**

#### **Sessionsledare:**

**Camilla Wedenby,**

leg. arbetsterapeut, Palliativa enheten Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg

#### **Medverkande och programpunkter**

Inledning

**Camilla Wedenby**

Ett gott exempel

**Inger Fridegren,** leg. läkare, diplomerad i palliativ medicin, verksamhetschef, ASIH Nacka

Organisation, kommunikation och kompetens

- erfarenheter från specialiserade palliativa team i Sverige

**Anna Klarare,** leg. sjuksköterska, MNEd., doktorand Karolinska Institutet

Diskussion med föreläsare och auditoriet

**11.30 - 13.00**

### **Vardagsetiska frågor inom palliativ vård**

**Rum 307  
S7**

#### **Sessionsledare:**

**Joakim Öhlén,**

leg. sjuksköterska, professor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Ersta Sköndal Högskola

#### **Medverkande och programpunkter**

**Ingrid Bolmsjö,** docent, Malmö Högskola

**Eva Jakobsson Ung,** leg. sjuksköterska, universitetslektor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet

**Liselotte Hilmersson,** leg. specialistsjuksköterska, fil. mag., Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg,

**Febe Friberg,** leg. sjuksköterska, docent, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Universitetet i Stavanger, Norge

*Fortsättning  
från sid 12*

**Ingela Lindberg**, leg. specialistsjuksköterska, fil. mag., Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg,

**Carl-Magnus Edenbrandt**, leg. läkare, docent, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet,

**Elisabeth Kenne-Sarenmalm**, leg. sjuksköterska, fil. dr., forskningsledare, FoU-centrum, Skaraborgs sjukhus, Skövde

Sessionen tar utgångspunkt i den palliativa vårdens målsättning att lindra lidande som kommer att belysas utifrån personliga, kommunikativa och samhälleliga förutsättningar för måluppfyllelse.

Frågor som kommer att belysas:

Vad innebär hot mot den egna existensen?

Hur dokumenteras palliativa brytpunkter i patienters journaler och vad för åtgärder åtföljs sådana beskrivningar av?

Hur kan kommunikation och information inom palliativ vård svara an till patientens behov av att veta och förstå?

Vilket stöd ger nationella riktlinjer och vårdprogram för att nå målsättningen att lindra lidande?

**11.30 - 13.00**

### **Vårdmiljöns betydelse inom palliativ vård**

**Rum 300  
S8**

#### **Sessionsledare:**

**Helle Wijk**

leg. sjuksköterska, docent, Sahlgrenska akademien, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs universitet

#### **Medverkande och programpunkter**

**Anna Wrener** och **Saga Karlsson**, masterstudenter Arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola, Göteborg, Healthcare Studion Chalmers Arkitektur

Vad är en personcentrerad vårdmiljö?

Vad säger forskningsfronten?

Pågående arbete inom Nationella riktlinjer inom palliativ vård

Framtidens palliativa vårdmiljöer - Lövverk [foliis] - ett förslag på ny byggnad för psykiatri och palliativ vård vid Linköpings Universitetssjukhus

Änggårdens hospice – ett exempel på best practice  
Föreläsare från Änggårdens hospice

**13.00 - 14.15**

### **Lunch**

**14.15 - 15.45 Parallella sessioner**

**14.15 - 15.45 Den döda kroppen**

**Rum 503  
S9**

**Sessionsledare:**

**Olav Lindqvist,**

leg. sjuksköterska, med.dr., Institutionen för lärande och informativ management och etik, Karolinska Institutet, Vårdutvecklare AHS-Viool, Skellefteå

**Medverkande och programpunkter:**

**Göran Lantz,** professor emeritus i vårdetik, Ersta Sköndal Högskola

**Susanne Wiigh-Mäsak,** biolog, Promessa, Göteborg

Omhändertagandet av den döda kroppen är en naturlig del av vården i livets slutskede, men det talas inte eller skrivs inte så mycket på svenska i ämnet.

I session kommer vi att samtala om den döda kroppen ur olika perspektiv t.ex

Vad händer i kroppen efter döden?

När upphör en person att vara en person?

Sessionen avslutas med en gemensam diskussion.

**14.15 - 15.45 Efterlevandestöd**

**Rum 307  
S10**

**Sessionsledare:**

**Inger Benkel,**

kurator/socionom, med. dr., Palliativa enheten, Palliativt Centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

**Medverkande samt programpunkter**

Om forskning kring normal och komplicerad sorg och stöd i sorg

**Inger Benkel**

Efterlevandestöd i praktiken

- Hur kan det se ut vid ett Palliativt Resursteam,

**Carina Mannefred,** kurator/aukt. socionom, palliativt resursteam, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Efterlevandestöd i praktiken

- Ett sätt att arbeta med unga människors sorg

**Solveig Hultkvist,** kurator/socionom, Stockholms Sjukhem

Diskussion med frågor från auditoriet



14.15 - 15.45

**Existentiell kris ur ett palliativt perspektiv  
– kan rollatorn ha en existentiell betydelse  
och kan en buktappning väcka dödsångest?**

**Kongresshall B  
S11**

**Sessionsledare:**

**Lisa Sand,**

kurator/socionom, med. dr., ASIH Långbro Park, Stockholms Sjukhem

**Medverkande samt programpunkter**

**Erika Neuman,** leg. sjuksköterska, ASIH Ersta Sjukhus, Stockholm

**Peter Strang,** överläkare, professor, Karolinska Institutet och Stockholms Sjukhem, FoUU.

Intentionen med sessionen är att tydliggöra den existentiella dimensionen i palliativ vård.

Går det över huvud taget att särskilja de existentiella inslagen i den palliativa vardagen och i så fall, hur får man syn på dem?

14.15 - 15.45

**Hur börjar man forska?**

**Rum 203  
S12**

**Sessionsledare:**

**Ulrika Kreicbergs,**

leg. sjuksköterska, docent, Institutionen för Kvinnor och Barns Hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm

**Medverkande och programpunkter:**

Förutsättningarna för att börja forska och de vanligast förekommande hindren

**Ingeborg Van der Ploeg,** studierektor för forskarutbildning och forskare, Karolinska Institutet, Stockholm

Erfarenheter från doktorander med olika professionell bakgrund

**Alexandra Eilegård,** leg. sjuksköterska, doktorand

**Tove Bylund-Grenklo,** beteendevetare, doktorand

Tid för frågor och gemensam diskussion

14.15 - 15.45

**Palliativ vård inom akutsjukvården**

**Rum 202  
S13**

**Sessionsledare:**

**Maria Friedrichsen,**

leg. sjuksköterska, docent, klinisk lektor, Palliativt kompetenscentrum Östergötland, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Linköpings Universitet

**Medverkande samt programpunkter:**

Sessionen ger utifrån studier exempel på hur palliativ vård kan fungera inom akutsjukvården samt presenterar arbetssätt där man aktivt arbetat med att införa ett palliativt tänkande inom

akutsjukvård liksom en utvärdering av detta arbetssätt.

Döendet inom den akuta strokevården - en fråga om etik  
**Helene Eriksson**, leg. sjuksköterska, klinisk adjunkt,  
Linköpings universitet

Intervention palliation inom akutsjukvården i Östergötland.  
Presentation av arbetssätt och målsättning.

**Maria Jakobsson**, överläkare, verksamhetschef, LAH öst,  
Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Palliativt Kompetenscentrum  
Östergötland

**Yvonne Hajradinovic**, leg. sjuksköterska, Vrinnevisjukhuset,  
Norrköping, Palliativt Kompetenscentrum Östergötland

**Lotta Åhman**, leg. sjuksköterska, LAH öst, Vrinnevisjukhuset,  
Norrköping, Palliativt Kompetenscentrum Östergötland

Intervention palliation inom akutsjukvården i Östergötland  
- en studie på medicin- och kirurgavdelningar

**Maria Friedrichsen**

14.15 - 15.45

### **Pedagogisk utveckling – goda exempel**

**Rum 300  
S14**

#### **Sessionsledare:**

**Staffan Lundström**,

överläkare, med. dr., Stockholms Sjukhem

#### **Medverkande och programpunkter**

**Per Fürst**, överläkare, Stockholms Sjukhem

**Ylva Hellstadius**, leg. sjuksköterska, Stockholms Sjukhem

**Kay Sundberg**, leg. sjuksköterska, med. dr., Karolinska  
Institutet, Stockholm,

Frågor som kommer att belysas:

Hur ser den pedagogiska processen ut?

Hur ser det framtida behovet ut av specialistkompetenta med-  
arbetare i palliativ vård?

Erfarenheter från den studentvalda kursen i palliativ medicin  
vid Karolinska Institutets läkarprogram, från den nordiska  
specialistkursen i palliativ medicin (läkare) samt från de ny-  
startade utbildningarna i palliativ vård för sjuksköterskor i  
Stockholm.

Internationella exempel på framgångsrik pedagogisk utveckling  
inom palliativ medicin.

Katedral föreläsning eller handledd diskussion – vilken metod  
ska jag använda?

”Bedside mentoring” – är det något för oss?

14.15 - 15.45

## Sociala medier i vården

Rum 201  
S15

### Sessionsledare:

Sara Natt och Dag,

kurator/socionom, Stockholms Sjukhem, copywriter, författare, föreläsare

### Medverkande och programpunkter:

Vad är sociala medier? Blogg, facebook, twitter, youtube?

Brit Stakston, mediestrateg, föreläsare och debattör

Sociala medier i vården. Hur använder och påverkas patienter/ anhöriga/ vården av sociala medier?

Sara Natt och Dag

”Det är ok att känna”. Hur ett filmklipp om att drabbas av cancer som ung fick en mycket snabb och omfattande spridning på Youtube

Julia Mjörnstedt, generalsekreterare i Ung Cancer

”När bloggen blir en del av vardagen” - diskussion utifrån egna erfarenheter

Lotta Grey, Vimmelmamman. Bloggande mamma och cancerpatient

Frågor

14.15 - 15.45

## Stöd till personal i situationer då svåra etiska och emotionella frågor aktualiseras.

Kongresshall A  
S16

### Sessionsledare:

Britt-Marie Ternestedt,

leg. sjuksköterska, professor, Ersta Sköndal Högskola.

### Medverkande och programpunkter:

Lise-Lotte Franklin-Larsson, leg. sjuksköterska, med. dr., Ersta Sköndal Högskola

Eva Henriksson, leg. sjuksköterska, med. dr., Ersta Sköndal Högskola

Astrid Norberg, leg. sjuksköterska, professor, Ersta Sköndal Högskola

Gunilla Silfverberg, professor, Ersta Sköndal Högskola

Utgångspunkten för seminariet är att samtala om vad arbete nära döden kan väcka. Fokus kommer att vara på svårigheter och möjligheter i arbetet. Etiska frågor i vården kommer att diskuteras liksom innebörder av begrepp som god död, mod och

Fortsättning  
från sid 17

samvete. Hur resonerar jag som vårdare när jag uppfattar att jag inte kan göra det goda jag vill göra? Och vad gör jag? Som en röd tråd genom seminariet går behovet av stöd och hur det bör utformas.

Korta föredragningar kommer att varvas med diskussioner huvudsakligen inom panelen.

- 15.45 - 16.15 Kaffe / te**
- 16.15 - 18.00 Yrkesföreningarnas sessioner**
- 16.15 - 18.00 Arbetsterapeuter Rum 503**  
Välkommen till en session om palliativ vård ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv
- 16.15 - 18.00 Dietister Rum 203**  
Hur kan vi utveckla dietistens roll inom palliativ vård?
- 16.15 - 18.00 Kuratorer Rum 300**  
Socionomer inom palliativ vård – SiP hälsar socionomer välkommen till en diskussion om den existentiella dimensionen i kuratorns samtal.
- 16.15 - 18.00 Läkare Rum 202**  
SFPM - Svensk förening för palliativ medicin inbjuder till informationsmöte. Även blivande medlemmar är välkomna!
- 16.15 - 18.00 Präster – teologer – diakoner Rum 501**  
Välkommen till ett samtal om möjligheter och hinder i den palliativa själavården.
- 16.15 - 18.00 Sjukgymnaster Rum 201**  
Välkommen till diskussion om palliativ sjukgymnastik idag och imorgon. Hur ska vi sprida kunskap och utvecklas inom alla vårdformer och för alla diagnoser?
- 16.15 - 18.00 Sjuksköterskor Kongresshall A**  
Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad - SFPO informerar om möjlighet till diplomering i palliativ omvårdnad.  
Presentation av nätverket Chefter och Ledare i palliativ vård.  
Presentation av nätverket forskande sjuksköterskor i palliativ vård samt aktuell forskning
- 16.15 - 18.00 Undersköterskor Rum 307**  
Välkommen till diskussion om undersköterskans roll i praktiken.

**19.30**

**Fest & middagsbuffé på Solliden, Skansen**

2:a NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

Dag 2 – onsdag den 14 mars 2012

**08.00 - 09.00 Yrkesföreningarnas sessioner**

**09.00 - 09.15 Reflektion**

**Kongresshall**

**09.15 - 10.00 Palliativ vård vid olika diagnoser  
–likheter och olikheter**

**Kongresshall**

Peter Strang, överläkare, professor, Karolinska Institutet,  
Stockholms Sjukhem

Moderator:

Georg Engel, överläkare, med. dr., Ersta Diakoni

**10.00 - 10.30 Kaffe / Te**

**10.30 - 11.15 Symtom i palliativ vård.**

**Får vi helheten genom att mäta delarna?**

**Kongresshall**

Carol Tishelman, leg. sjuksköterska, professor, Karolinska  
Institutet, Stockholms Sjukhem

Moderator:

Britt-Marie Ternstedt, leg. sjuksköterska, professor, Ersta Sköndal  
Högskola

**11.30 - 12.45 Parallella sessioner**

**11.30 - 12.45 Andnöd /Dyspnoe - upplevelse och behandling**

**Rum 201  
S17**

**Sessionsledare:**

**Jan Starlander,**

överläkare, lungmedicinska kliniken, Storsjögläntan palliativ  
enhet, Östersunds sjukhus

**Medverkande och programpunkter:**

Ingela Henoeh, leg. sjuksköterska, fil. dr., Sahlgrenska aka-  
demien, institutionen för vårdvetenskap och hälsa Göteborgs  
universitet

**Jan Starlander**

Inledning

Orsaker och specifik behandling

Patientens strategier

Medicinsk behandling

Icke farmakologisk behandling

Kliniska exempel

Frågor och diskussion

**11.30 - 12.45 Depression och ångest vid svår somatisk sjukdom** **Rum 202 S18**

**Sessionsledare:**

**Ullakarin Nyberg,**

överläkare Norra Stockholms Psykiatri, psykiaterkonsult bröst-cancermottagningen Capio S:t Göran, suicidforskare Karolinska Institutet

**Medverkande och programpunkter:**

Symptom, diagnostik och behandlingsmetoder, skillnader mellan normalreaktioner och behandlingskrävande tillstånd samt betydelsen av bemötande och omhändertagande.

**Ullakarin Nyberg**

**11.30 - 12.45 Fatigue hos patienter i livets slutskede** **Rum 300 S19**

**Sessionsledare:**

**Carina Lundh Hagelin,**

leg. sjuksköterska, spec. i cancervård inriktning palliativ vård, med. dr., Sophiahemmet Högskola, Stockholm

**Medverkande och programpunkter**

Fatigue hos patienter med cancer i ett palliativt skede

**Carina Lundh Hagelin**

Att leva med svår kronisk hjärtsvikt med fokus på fatigue  
**Margareta Brännström**, leg. sjuksköterska, med. dr., lektor, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet, campus Skellefteå

Möjliga lindrande effekter av fatigue

**Mirjam Ekstedt**, leg. sjuksköterska, dr. med. vet., KTH Skolan för teknik och hälsa. Flemingsberg, Stockholm

Fysiska interventioner vid fatigue

**Lilian Hallgren**, leg. sjukgymnast, Stockholms Sjukhem

Hur går vi i Sverige vidare inom klinik och forskning om fatigue i palliativ vård?

Diskussion med föreläsare och auditorium

**11.30 - 12.45 Illamående** **Rum 203 S20**

**Sessionsledare:**

**Maria Jakobsson,**

överläkare, verksamhetschef, LAH öst, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Palliativt Kompetenscentrum Östergötland

*Fortsättning  
från sid 21*

**Medverkande och programpunkter:**

**Peter Strang**, överläkare, professor, Karolinska Institutet,  
Stockholms Sjukhem  
**Maria Jakobsson**

Hur diagnostiserar vi illamående?

Varför drabbas patienter i ett palliativt sjukdomsskede så ofta av illamående?

Illamående och dålig livskvalitet går hand i hand – hur hjälper vi patienten på bästa sätt?

Ny forskning kring antiemetika

**11.30 - 12.45**

**Kakexi**

**- Nya definitioner och patientfallsdiskussioner**

**Rum 503  
S21**

**Sessionsledare:**

**Ylva Orrevall**,

leg. dietist, med. dr., Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms Sjukhem

**Medverkande och programpunkter:**

De nya definitionerna av kakexi presenteras både avseende cancer och andra sjukdomstillstånd. I patientfallsdiskussioner kommer vi att diskutera hur nutritionsstöd kan anpassas med utgångspunkt från patientens kakexiskede.

**Tommy Cederholm**, överläkare, professor, Klinisk nutrition och metabolism, Uppsala Universitet, Geriatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Staffan Lundström**, överläkare, med. dr., Stockholms Sjukhem

**11.30 - 12.45**

**Kvalitetsregister för döende – Palliativregistret**

**Rum 501  
S22**

**Sessionsledare:**

**Greger Fransson**,

överläkare, registerhållare, Oskarshamn

**11.30 - 12.45**

**Liverpool Care Pathway (LCP)**

**Rum 307  
S23**

**– ett strukturerat arbetssätt i vården av den döende  
Erfarenheter – Nuläge – Framtid**

**Sessionsledare:**

**Gunilla Lundquist**,

överläkare, doktorand, Palliativa teamet Västerbergslagen, Ludvika, Institutionen för strålningsvetenskaper, Umeå universitet



*Fortsättning  
från sid 22*

**Medverkande och programpunkter:**

Vad är LCP? Konceptet – förankring - utbildning - arbetsätt. Dokumentet.

**Gunilla Lundquist**

Utvecklingen hittills samt nuläge av LCP i Sverige  
**Marie-Louise Ekeström**, leg. sjuksköterska, nationell  
LCP-samordnare, FOUU-enheten Stockholms Sjukhem

LCP i datajournal – TakeCare samt demonstration av modulen  
**Ing-Britt Cannerfelt**, leg. sjuksköterska, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare ASIH Långbro Park, Stockholm

Utmaningar inför framtiden

**Gunilla Lundquist, Marie-Louise Ekeström**

Frågor och avslutning

**11.30 - 12.45 Smärta - De svåra fallen**

**Kongresshall  
S24**

**Sessionsledare:**

**Hans Johansson,**

överläkare, Palliativa Enheten, Södertälje Sjukhus

**Medverkande och programpunkter:**

**Per Stellborn**, överläkare, ASIH/ Äldredoktorn Långbro Park, Stockholm

Vi är bra på att lindra smärta i den palliativa vården. Samtidigt är det inte helt ovanligt att vi misslyckas med, eller har stora svårigheter, att ge den lidande patienten tillräckligt god lindring trots att vi handlar enligt ”kokboken”. Det är de svåra fallen och det är på dessa vi fokuserar under sessionen.

När är det vi misslyckas, eller inte riktigt når ända fram?

Hur ska man förstå att patienterna inte svarar på given behandling?

Begreppen - total pain, opioidresistens samt de aktuella rekommendationerna för smärtlindring i livets slutskede kommer att diskuteras.

Tre autentiska patientfall med patienter i olika åldrar och med olika diagnoser kommer att presenteras, och auditoriet inbjuds till ett lärande samtal.

**12.45 - 13.30 Lunch**

**13.30 - 14.30 Postersession**

**14.35 - 14.50 Utdelning av posterpris**

**Kongresshall**

**14.50 - 15.30 Den moderna döden**

**Kongresshall**

**Karin Johannisson**

Professor i idéhistoria, Uppsala Universitet

Moderator:

**Carl Johan Fürst**

överläkare, professor, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet

**15.30 - 16.00 Avslutning**

## PALLIATIV VÅRD FÖR ALLA

**Eva Nilsson Bågenholm**

*leg. läkare, specialist internmedicin  
Nationell Äldresamordnare,  
Socialdepartementet*

Regeringen har beslutat att under perioden 2011-2014 satsa drygt 4 miljarder kronor för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Dessa medel ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell. Satsningen syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting.

God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Ett stöd i arbetet är användning av Svenska Palliativregistret. De enheter som registrerar kan utifrån den kunskap som registrering erbjuder bedriva en strukturerad vård i livets slutskede. Intresset för att delta i registret har ökat kraftigt under 2010 och 2011.

Överenskommelsen mellan staten och SKL 2012 innebär att 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform sammantaget registrerar 70 procent eller fler av dödsfallen i Svenska Palliativregistret. Mätt som andel registreringar per kommun i förhållande till antalet dödsfall i kommunen.

De kommuner och landsting vars utförare, oavsett driftsform, sammantaget uppnått 70 procents täckningsgrad i Palliativregistret får vara med och dela på ytterligare 20 miljoner kronor om de i 60 procent eller fler av dödsfallen genomfört ett brytpunktsamtal.

Målsättningen är att täckningsgraden ska vara så hög till 2013 att registret därefter kan användas som resultatindikator som kan målsättas.

# PALLIATIV VÅRD VID OLIKA DIAGNOSER

## – LIKHETER OCH OLIKHETER

**Peter Strang**

*överläkare, professor  
Karolinska Institutet,  
Stockholms Sjukhem*

**Cancer – modellsjukdomen.** Traditionellt har den palliativa vården utgått från den svårt cancersjukes symtom och problem. Fortfarande idag utgör cancerpatienterna cirka 90% av de som vårdas inom den specialiserade palliativa vården i Sverige och i västvärlden. Denna fokusering har förbättrat vården av döende cancerpatienter i hög grad, däremot har inte andra dödliga sjukdomar fått samma uppmärksamhet. Vi har t.ex. fler dödsfall i KOL än i bröstcancer och demens som dödsorsak är betydligt vanligare än någon cancerdiagnos.

**Likheter och olikheter.** Vid jämförande studier ser man att frekvensen symtom är liknande vid cancer, KOL, och hjärtsvikt i sena stadier, även om symptomens intensitet kan variera. Fysiska symtom såsom smärta, aptitlöshet, avmagring, illamående och dyspné är vanligt förekommande vid alla tre diagnosgrupperna. Samma gäller psykiskt lidande (ångest, sömnproblem, nedstämdhet), sociala bördor (val av vårdform, närståendes situation osv.) och existentiell ångest (meningslöshet, skuld, dödsångest mm.).

Ändå är det självklart att cancerpatienter erbjuds symtombehandling och psykosocialt/existentiell stöd, medan patienter med icke-cancerdiagnoser behandlas mer styvmoderligt.

**De äldre i palliativ vård.** Idag har vi allt fler patienter i gruppen 80 år eller äldre inom den palliativa vården. Att sköta denna grupp förutsätter kunska-

per i både i åldrandet och i geriatrik, eftersom dessa patienter är betydligt känsligare för läkemedel, de har större risk för biverkningar och kan dessutom samtidigt ha någon grad av kognitiv svikt.

**Utmaningar.** Vi behöver utöka den palliativa vården till att omfatta diagnoser såsom KOL, hjärtsvikt, ALS och demens i betydligt högre grad, eftersom vi vet att lidandet är stort i dessa patientgrupper. Samtidigt förutsätter sådan utvidgning en bred kunskapsbas och delvis en specialisering, eftersom förutsättningarna är väldigt olika vid t.ex. cancer jämfört med demens. För att sköta diagnoser såsom hjärtsvikt måste den palliativa vården lära sig mer om själva grundsjukdomen, eftersom den medicinska specialiserade hjärtsviktsbehandlingen har förbättrat 1-års överlevnaden för de svåraste fallen från cirka 50% till 80%. Det är således inte likgiltigt hur grundsjukdomen behandlas.

**Teamet.** Om vi skall lyckas med visionen om palliativ vård för alla, behöver vi en strategi där hela teamet utbildas i palliativ vård för icke-cancer diagnoser. En framgångsrik strategi kan vara att antingen utvidga verksamheten med en diagnos i taget och lära sig frågeställningarna från grunden. Om verksamheten är stor, kan man även överväga subspecialisering, där vissa i teamet har specialkompetens inom respektive diagnos.

## **SYMPTOM I PALLIATIV VÅRD. FÅR VI HELHETEN GENOM ATT MÄTA DELARNA?**

**Carol Tishelman**

*leg. sjuksköterska, professor,  
Institutionen för lärande och  
informatic management och  
etik, Karolinska Institutet,  
Stockholms Sjukhem*

Stora framsteg har gjorts inom den palliativa vården när det gäller att bedöma och behandla olika symtom. Trots detta, har inte hela bredden av patientens upplevelse av symtomen uppmärksammats tillräckligt. Vissa symtom har fått stor uppmärksamhet medan andra inte har visats samma intresse. Både i det kliniska vårdarbetet och

inom forskningen har fokus varit på förekomst och intensitet av symtom, medan mindre uppmärksamhet har ägnats symtomens betydelse för individen och de närstående. Baserat på erfarenheter från min egen och andras forskning, kommer jag att diskutera och problematisera hur vi definierar, bedömer, behandlar och beforskar symptom i palliativ vård.

## DEN MODERNA DÖDEN – GAMLA OCH NYA RITER

**Karin Johannisson**

*fil. dr., MDhc, professor i idé- och  
lärdoms historia med särskild  
inriktning mot medicinhistoria,  
Uppsala Universitet*

Vi tycks bli allt mer familjära med döden. Döda kroppar omger oss överallt på bild och film. Deckargenren fikcionaliserar döden men tilldelar obducenten som frilägger dess sakligaste detaljer en hjälteroll. Spektakulära utställningar ("Body Worlds") med döda kroppar, TV-serier med begravningstema och virtuella anatomiska atlaser uppbyggda av "riktiga" döda är vardag. Medicinsk visualisering och avancerade bildtekniker gör det möjligt att se sin egen död som mörka skuggor i en angripen hjärna eller livmoder. Som litterärt tema finns döden överallt i patografier, biografier, skönlitteratur, dagböcker och bloggar.

Bakom denna yta av offentlighet och saklighet är döden givetvis lika provocerande som någonsin. Jag kommer att beskriva förhållningssätten till den

i ett långt tidsperspektiv – från agrarsamhällets ars moriendi-tradition över industrisamhällets sekularisering, rationalisering och hygienisering och fram till nuets förhållningssätt. Idag har transplantationsdebatt, döds- hjälpsdebatt, förstärkt palliativ vård och vård i livets slutskede, nya smärtlindringstekniker och ökad hospiceverksamhet, liksom stora katastrofer som Estonia och tsunamin, tvingat fram ett kollektivt närmande till döden och döendet. Riter, traditioner och begravningsskick har både individualiserats och kommersialiserats.. Om döden skakar om en social ordning, och rituella handlingars syfte är att upprätta en ny meningsfull ordning, så säger sätten att hantera döden alltid något om den kultur och det samhälle som vi lever i.

# ABSTRAKTS

## 2:a NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

ABSTRAKT NUMMER	SID	ABSTRAKT NUMMER	SID
<b>P 01</b> Efterlevandesamtal med närstående efter dödsfall på internmedicinsk avdelning	<b>28</b>	<b>P 14</b> Förlustdrabbade syskons upplevelse av deltagande i en forskningsstudie om deras erfarenheter av att ha mist en bror eller syster i cancer	<b>41</b>
<b>P 02</b> Strukturerade samtal med närstående till patienter anslutna till den avancerade hemsjukvården i Uppsala	<b>29</b>	<b>P 15</b> Undersköterskors upplevelse av en intervention med focus på ett palliativt förhållningssätt till äldre personer på särskilt boende	<b>42</b>
<b>P 03</b> Information och tillit till vården den sista veckan av en döende förälders liv: Erfarenheter bland 622 tonåringar som mist en förälder i cancer	<b>30</b>	<b>P 16</b> Att möta döende människors behov – rapport från en utbildningsinsatsning	<b>43</b>
<b>P 04</b> A Support Group programme for Family Members of Persons with Life-threatening Illness	<b>31</b>	<b>P 17</b> Diplomerings av sjuksköterska inom palliativ omvårdnad	<b>44</b>
<b>P 05</b> Beardslee's familjeintervention inom palliativ vård	<b>32</b>	<b>P 19</b> Nutritionsvårdkedjan för patienter med avancerad cancer i Stockholm.	<b>45</b>
<b>P 06</b> Hur upplevs vården på en Palliativ enhet? - tio års erfarenhet av enkätuppföljning	<b>33</b>	<b>P 20</b> Abstrakt angående VILA gruppen, Kävlinge Kommun	<b>46</b>
<b>P 07</b> Varför var de ensamma när de dog? En retrospektiv studie av patienter som varit ensamma i dödsögonblicket.	<b>34</b>	<b>P 21</b> Organization, communication and competence in specialized palliative care teams in Sweden	<b>47</b>
<b>P 08</b> Sjuksköterskans erfarenheter av Liverpool Care	<b>35</b>	<b>P 22</b> Hur har det gått för Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter?	<b>48</b>
<b>P 09</b> Behandlar vi män och kvinnor lika i den palliativa vården? En deskriptiv studie från en palliativ vårdavdelning	<b>36</b>	<b>P 23</b> Skapandet av en optimal vårdmiljö på Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter	<b>49</b>
<b>P 10</b> Betydelsen av kommunikation före och efter förlusten av en bror eller syster i cancer – En nationell långtidsuppföljning	<b>37</b>	<b>P 24</b> Att skapa och konsolidera ett personallag/team på Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter	<b>50</b>
<b>P 11</b> Man kan alltid ge hopp om något – Personalens strategier för att ge information till döende patienter och deras närstående	<b>38</b>	<b>P 25</b> Unik palliativ enhet i nu-sjukvården	<b>51</b>
<b>P 12</b> Patienters, närståendes och vårdpersonals uppfattningar om existentiella frågor som en bas för ett pedagogiskt projekt	<b>39</b>	<b>P 26</b> Betydelsen av arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser i Palliativ vård	<b>52</b>
<b>P 13</b> Etiska dilemman om den döende individen som drabbats av svår stroke ur ett multiprofessionellt perspektiv.	<b>40</b>	<b>P 27</b> Nationellt vårdprogram för Palliativ vård	<b>53</b>

## P 01 Efterlevandesamtal med närstående efter dödsfall på internmedicinsk avdelning

Sayeh Sattar, ST-läkare

Medicinkliniken Östra/ Sahlgrenska universitetssjukhuset

### HANDLEDARE

Maria Taranger, överläkare, verksamhetschef sektionen för hematologi och tromboembolism, Östra/SU  
Bertil Axelsson, med dr, adj lektor i palliativ medicin, Institutionen för strålningsvetenskaper, Umeå universitet

### BAKGRUND

Avdelning 353 är en internmedicinsk avdelning med inriktning mot hematologi och tromboembolism på Östra sjukhuset i Göteborg. Vår patientklientel består främst av äldre och multisjuka, vilket resulterar i att vi har närmare 100 dödsfall per år på vår avdelning. Under de senaste åren har ett flertal projekt genomförts på avdelningen för att förbättra vården i livets slutskede. Syftet med det aktuella arbetet var att med intervjuer av närstående kartlägga behovet av efterlevandesamtal.

### METOD

Genomgång av samtliga dödsfall under kalenderåret 2009. De fall där det i journalen fanns närstående angivna (oavsett relation, släkt eller nära vänner) inviterades att delta i studien via ett informationsbrev som frågade om de vill delta i en telefonintervju om vilken information de fått som närstående och vad de hade för tankar kring behov av efterlevandesamtal. 2-3 veckor därefter försökte vi få kontakt med den

närstående via telefon. Telefonintervjun följde en strukturerad mall med 8-12 förutbestämda frågor med kryssvar samt möjlighet för ytterligare kommentarer som nedtecknades.

### RESULTAT

Under 104 journalgenomgångar identifieras en närstående till 88 av patienterna, vid telefonkontakt nås 53 av dessa, 3 personer avböjer intervju. 50 telefonintervjuer genomförs, således ett bortfall på 43 %. Av de närstående ansåg 56 % att de fått information om det allvarliga hälsoläget. Majoriteten av de närstående 64 % beskrev dödsfallet som väntat. 24 % av de närstående har haft ett efterlevandesamtal. En majoritet 56 % ansåg sig inte ha behov av ett efterlevandesamtal. Av de 44 % som önskade efterlevandesamtal ville 50 % att det skulle ske med en läkare, 45 % ansåg att samtalet skulle ske med läkare eller sjuksköterska, bara personen i fråga hade god kännedom om patienten.

### SAMMANFATTNING

Vi tillfrågade 50 närstående till patienter som gått bort på vår avdelning om deras syn på efterlevandesamtal en tid efter dödsfallet, en majoritet ansåg sig inte ha något behov av uppföljande samtal. Det är dock närmare dubbelt så många närstående som önskar ha efterlevandesamtal än vad vi genomför idag.



## P 02 Strukturerade samtal med närstående till patienter anslutna till den avancerade hemsjukvården i Uppsala

Maria Carlsson docent, leg sjuksköterska

*Inst. folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet och samordnare Palliativt Kompetens-Centrum Uppsala*

### BAKGRUND

Närståendes roll i palliativ hemsjukvård är unik i och med att de inte bara har en stödjande roll för den sjuke utan också själva är i stort behov av stöd. Den avancerade hemsjukvården i Uppsala sköts av Sjukvårdsteamet som erbjuder en avancerad medicinsk vård i det egna hemmet för patienter med en komplicerad sjukdomsbild. Föreliggande projekt har inneburit utvecklingen och införandet av enskilda strukturerade samtal med närstående till patienter inskrivna i Sjukvårdsteamet. Vårdutvecklingsprojekt har genomförts med stöd av Cancerfonden.

### SYFTE

Att utveckla och införa enskilda strukturerade närstående samtal i palliativ hemsjukvård.

### METOD

Projektet har drivits enligt en aktionsmodell, vilket inneburit att projektet kontinuerligt utvärderats och vid behov förändrats och förfinats under projektiden. Närstående samtalen har utvärderats genom en enkät till alla närstående som haft ett samtal samt genom några fördjupande intervjuer (n 8). Sjuksköterskornas erfarenheter av och synpunkter på samtalen har tillvaratagits genom tre fokusgruppsintervjuer.

### RESULTAT

Under projektiden hölls 61 samtal. I utvärderingen var det svårt att bryta ut det strukturerade samtalet från Sjukvårdsteamets verksamhet i stort,

eftersom närstående ansåg att samtalet var en del i en pågående process. Många poängterade det värdefulla med att ha ett eget samtal där patienten inte var närvarande. För vissa var det värdefullt att samtalet hölls i Sjukvårdsteamets lokaler. Det positiva med detta var möjligheten till större avskildhet samt möjligheten till rundvandring på de palliativa avdelningarna. Den största svårigheten i projektet var att genomföra samtalet snabbt efter anslutningen till Sjukvårdsteamet. Detta berodde framför allt på tidsbrist hos personalen och närstående.

### SAMMANFATTNING

Slutsatsen blir att rutinmässigt ha strukturerade samtal med närstående för att kartlägga deras situation, deras sociala nätverk, samtala om hur de ser på att vårda i hemmet, samt att besvara frågor är ett sätt att tidigt ge och få information. Ett enskilt samtal med närstående innebär en möjlighet att stödja både patienten och de närstående och därmed förebygga att problem uppstår. Att samtalen hade en gemensam struktur gjorde att bedömningen av den närståendes situation underlättades och var inget hinder för individualisering av samtalen utifrån den enskildes behov. Slutsatsen av utvärderingen är att närstående bör erbjudas samtal eftersom det fyller en viktig funktion även om samtalet kommer betydligt senare än den stipulerade första till andra veckan efter anslutning till palliativ hemsjukvård.

## P 03 Information och tillit till vården den sista veckan av en döende förälders liv: Erfarenheter bland 622 tonåringar som mist en förälder i cancer

T. Bylund Grenklo<sup>1,2</sup>, U. Kreicbergs<sup>3,4</sup>, G. Steineck<sup>1,5</sup>, U. Valdimarsdóttir<sup>6</sup>, T. Nyberg<sup>1</sup>, CJ. Fürst<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institutionen för Onkologi och Patologi, Karolinska Institutet, <sup>2</sup>FoUU, Stockholm Sjukhem,

<sup>3</sup>Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet, <sup>4</sup>Sophiahemmets Högskola,

<sup>5</sup>Institutionen för Onkologi, Sahlgrenska Universitetet, <sup>6</sup>Centrum för Folkhälsa, Islands Universitet, Reykjavik

### BAKGRUND:

Information och trygghet är grundläggande aspekter av god vård i livets slut. I intervjuer med unga vuxna som under tonåren förlorat en förälder i cancer förekom uttryck för förtvivlan över och oförståelse inför sjukvårdens insatser.

### SYFTE:

Att ta reda på förekomsten av tillit till att ens döende förälder fick bästa möjliga sjukvård sista veckan i livet, och om tillit har samband med läkarinformation i livets slutskede/i samband med dödsfallet för unga vuxna som under tonåren förlorat en förälder i cancer.

### METOD:

Nationell enkätstudie. Unga vuxna som förlorat en förälder i cancer vid 13 till 16 års ålder besvarade frågorna [När din förälder avled]: *"Fick du och din familj information om din förälders sjukdom, behandling och dödsfall av en läkare"*. Svartalternativen var "Nej", "Ja, före dödsfallet", "Ja, efter dödsfallet", "Ja, både före och efter dödsfallet" och "Vet inte, minns inte". och "Kunde du lita på att din förälder fick bästa möjliga sjukvård den sista veckan han eller hon var i livet", med svartalternativen "Inte alls", "Lite", "Måttligt" och "Mycket"

### RESULTAT:

622 (svarsfrekvens 73 %) efterlevande barn deltog i studien. Majoriteten, 82%, rapporterade tillit (måttlig - mycket) till den vård som deras döende förälder fick. Avsaknad av tillit (ingen - lite) var högst hos dem som rapporterade att de inte hade fått information innan föräldern avled. Jämfört med dem som rapporterade tillit var risken för depressiva symtom, känslomässig bedövning, ihållande oro och sömnproblem högre bland dem som saknade tillit. Här fanns även ett stort kvarstående behov av information om förälderns sjukdom och dödsfall samt bitterhet mot sjukvården, 6 till 9 år efter förlusten.

### SLUTSATS:

Att inte ha fått information om sjukdom, behandling och dödsfall av läkare innan förälderns dödsfall innebar en förhöjd risk för avsaknad av tillit, vilket i sin tur var relaterat till psykisk ohälsa på lång sikt. Om vi vill sträva efter att anhöriga tonåringar och unga vuxna ska känna sig trygga med vården av den döende föräldern bör informerande samtal ske före och helst både före och efter dödsfallet.

## **P 04 A Support Group programme for Family Members of Persons with Life-threatening Illness**

A. Henriksson<sup>1</sup>, B. Andershed<sup>1</sup>, E. Benzein<sup>2</sup>, B-M. Ternstedt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Örebro University, School of Health and Medical Sciences, Örebro, <sup>2</sup>Linneaus University, Växjö, <sup>3</sup>Ersta Sköndal University college, Stockholm

### **INTRODUCTION**

Patients with life-threatening illness often have a great need for support and practical assistance from their family members. Studies show that family members can be even more stressed than the patient. In an intervention family members were invited by the caring team to take part in a support group programme during ongoing palliative care. The group met for an hour and a half a week for six weeks, and each meeting had a special theme with a professional guest invited from the caring team.

### **AIM**

Two studies have been conducted aiming to: I) describe family members' experiences of taking part in the support group programme and the subsequent impact on their lives and, II) describe participants' experiences of content, structure and approach of the support group programme.

### **METHOD**

In study (I), qualitative interviews were chosen as the data collection method and ten people were interviewed after participation in the support group programme. The analysis was inspired by phenomenological method. In study (II), 29 family members were telephone interviewed after taking part in the programme. Qualitative content analyses were used.

### **RESULT**

By taking part in the support group family members experienced confirmation, insight into the gravity of the illness, sense of belonging created by similar experiences, participation in the care system, being able to rest, and strength to provide support for the patient. All together this resulted in a sense of safety. The programme was experienced to cover topics of immediate interest reflecting their lives with severely ill persons. The structure of the programme was found to be inviting, offering an opportunity to establish relationships with other participants and the caring team. The support group programme emphasized an open minded approach that contributed to a warm atmosphere.

### **CONCLUSION**

Family members experienced support in the support group and the participation provided relief in their day to day life. The results indicate the importance of the health professionals inviting and interacting with the family members of persons with life-threatening illness during ongoing palliative care and could inspire nursing staff to initiate, develop and deliver such interventions

## P 05 Beardslee's familjeintervention inom palliativ vård

Pia Ganmark

*KVH - Kvalificerad vård i hemmet Hässleholm och Kristianstad*

### BAKGRUND

KVH bedriver avancerad hemsjukvård med huvudinriktning palliativ vård, alla diagnoser, alla åldrar. Enligt ändring i HSL (1982:763) 2010-01-01 2g§ ska barns behov särskilt beaktas bl.a. i samband med förälders allvarliga sjukdom. Beardslee's familjeintervention är en preventiv, manualiserad, till viss del evidensbaserad metod skapad av prof W Beardslee, USA. Ursprungligen riktades den till familjer där en förälder lider av depression. Metoden innebär en kartläggning av barnets situation, behov av stöd, information om skyddande faktorer samt stöd till föräldrarna i hur de kan stödja sitt barn.

”Att föra barnen på tal” är en, av dr T Solantus Finland, utvecklad manualiserad kortversion. Metoderna har visat sig vara framgångsrika även inom somatisk vård. På KVH har tre kuratorer och en sjuksköterska gått utbildning i Beardslee's familjeintervention.

### SYFTE

- Minska risken för barnet att drabbas av psykisk ohälsa genom att stärka skyddande faktorer
- Öppna upp kommunikationen kring förälderns sjukdom och familjens förändrade livssituation
- Öka den ömsesidiga förståelsen i familjen för förälderns sjukdom och vad den för med sig
- Hjälpa föräldrar att stödja barnets välbefinnande/utveckling
- Få en uppfattning om barnets situation

### METOD

Förberedande samtal hålls innan själva interventionerna.

”Att föra barnen på tal”, 1-2 samtal endast med föräldrarna, 60 min. Kan genomföras av en person. Loggbok som föräldrarna får ta del av. Resultatet kan leda till Beardslee's familjeintervention eller andra insatser. Dessa samtal, 6-8 st 60 min, en leder samtalet den andre för anteckningar. Samtalen förs med samtliga familjemedlemmar enskilt samt ett familjesamtal. Loggbok används, familjen kan ta del av den.

### RESULTAT

Inom KVH används ffa ”Att föra barnen på tal” i arbetet med familjer där en förälder har cancer. Beardslee's integreras i KVHs arbete med att identifiera riskfamiljer, för att kunna rikta insatser till de familjer som mest behöver stöd.

Under utbildningen har fem interventioner genomförts samt sex kortversioner. KVH är i inledningsfasen med att använda metoderna men har redan under de genomförda samtalen noterat en påtaglig förändring av familjernas kommunikation. Känslomässigt har en fördjupning skett, barnens olika behov har kommit till uttryck och bekräftats av föräldrarna. Även vid uppföljningarna med efterlevande bekräftas detta. Vi har dock ej kunnat styrka dessa fynd med egna studier ännu.

## P 06 Hur upplevs vården på en Palliativ enhet? - tio års erfarenhet av enkätuppföljning

Ulla Molander, Inger Benkel, Ellen Ekholm

*Enheten för palliativ utveckling och rådgivning och Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset (SU)*

### BAKGRUND:

Patienter och närstående ska kunna uppleva vården som bra och säker avseende information, medicinsk behandling, delaktighet, bemötande, förtroende och uppföljning. För att förbättra eller bibehålla kvaliteten på vården utifrån patienters och närståendes upplevelser behöver vården utvärderas.

### SYFTE:

Patient och/eller närstående ska på ett enkelt sätt kunna ge sin syn på vårdens kvalitet för att enheten ska kunna identifiera förbättringsområden.

### METOD:

Sedan år 2001 har Palliativa enheten på SU använt enkäter som metod för utvärdering.

Patienter som skrivs ut från enheten har erhållit en enkät som återlämnas ifylld på utskrivningsdagen.

Enkäter till efterlevande till patienter som avlidit på avdelningen har efter medgivande skickats efter ca 2 månader och returnerats via frankerat svarskuvert.

Enkäterna innehåller frågor om information avseende avdelningens inriktning, sjukdom och behandling, upplevd delaktighet av vårdens planering, bemötande samt förtroende för avdelningen. Till efterlevande efterfrågas också hur uppföljningssamtalet upplevts. Enkäterna har inlämnats helt anonymt med möjlighet till kommentarer.

### RESULTAT:

Medelvärde för hur patienter tycker de fått information om hur avdelningen fungerar är 78% och för närstående är 58%.

90% av såväl patienter som närstående är nöjda med information om sjukdom och behandling.

Nästan alla uppger sig vara nöjda eller mycket nöjda med den medicinska vård som erhållits likaså vad det gäller bemötande och förtroende.

3/4 av patienterna har känt sig delaktiga i planering kring vård och behandling och alla utom ett fåtal uppgav att de var nöjda med att skrivas ut som planerat.

85 % av de närstående har deltagit i någon form av planeringsmöte på enheten. Alla efterlevande angav att det var mycket bra eller bra att bli kontaktad av kurator efter att deras närstående avlidit på enheten.

Vår erfarenhet efter tio år med enkätuppföljning är att både patienter och närstående på många sätt är nöjda med vården men att förbättringsmöjligheter finns avseende information om avdelningen samt delaktighet.

Det är viktigt med uppföljning av vården, för att tillgodose bra och säker vård. Genom att kontinuerligt använda enkätuppföljning kan en fortlöpande bedömning av vårdens kvalitet göras för att finna områden som behöver förbättras.

## P 07 Varför var de ensamma när de dog? En retrospektiv studie av patienter som varit ensamma i dödsögonblicket.

E Noren<sup>1</sup>, K Stjernfeldt<sup>1</sup>, M Backheden<sup>2</sup>, E Gyllenhammar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Palliativa vårdenheten Byle gård, Täby, Stockholm, <sup>2</sup>LIME-enhet för statistik, Karolinska Inst, Stockholm, <sup>3</sup>Palliativa vårdenheten Byle gård, Täby, Stockholm

### BAKGRUND, SYFTE

Inom palliativ vård anses det viktigt att ingen ska behöva avlida ensam. En av de faktorer som registreras i Svenska palliativregistret är förekomst av andra personer i rummet vid dödsögonblicket. Enligt registerdata avled 14 % av patienterna i Sverige ensamma år 2010. Det finns inom vården en uppfattning att en del patienter behöver vara utan närstående i rummet för att kunna släppa taget, evidens för denna uppfattning saknas i litteraturen. Syftet med studien var att studera faktorer relaterade till att avlida ensam.

### METOD

En retrospektiv journalstudie genomfördes av de 204 patienter som avled år 2010, varav 34 avled när de var ensamma i rummet. Följande data registrerades:

- Ålder
- Kön
- Diagnos
- Tidpunkt för dödsfallet (dag/natt)
- Antal vårddygn
- Förekomst av subkutan sprutpump för symtomlindring
- Informerande samtal hållet med närstående
- Tidigare inskrivning i ASiH
- Vårdad enligt Liverpool Care Pathway (LCP)
- Civilstånd

Bland patienterna som avled ensamma undersöktes genom journaluppgifter om närstående varit närvarande på

vårdavdelningen, men inte närvarande i rummet vid dödsögonblicket.

Sambandet mellan risken att avlida ensam och de undersökta variablerna analyserades genom logistisk regression. Resultaten presenteras som odds ratio, 95% konfidensintervall och korresponderande p-värde.

### RESULTAT

Faktorer som var signifikant relaterade till ökad risk att avlida ensam var

- att dödsfallet skedde på natten (p=0,0003; OR 4,9; 95% konfidensintervall 2,2-12)
- att patienten inte hade subkutan sprutpump (p=0,039; OR 2,4; KI 1,1-5,5)
- att närståendesamtal ej hållits (p=0,049; OR 11; KI 1,2-200)

Inga signifikanta skillnader sågs avseende de andra parametrarna.

Oavsett förklaringar till resultatet påvisar resultatet i sig ett ökat observationsbehov för patienter med riskfaktorerna ovan.

Antalet patienter som avlidit ensamma trots att närstående varit närvarande på vårdavdelningen var 2 av 34. Resultatet ger inte stöd för tesen att många patienter som dör ensamma släpper taget just när närstående lämnat rummet.

Ytterligare studier är nödvändiga för att undersöka fler faktorer som kan påverkas för att minska förekomsten av ensamdöd.

## **P 08 Sjuksköterskans erfarenheter av Liverpool Care Pathway (LCP) inom palliativ vård**

Elin Olsson

*Region Gotland*

Liverpool Care Pathway (LCP) är ett multiprofessionellt dokument, en standardvårdplan som utgör en evidensbaserad bas för vården av döende patienter. LCP används i flera länder och även av ungefär 150 vårdenheter i Sverige. Resultaten från tidigare studier beskriver att efter introduktionen av LCP minskade användningen av läkemedel som hade en potentiell livsförkortande effekt, att kommunikationen med patient och närstående om medicinska beslut förbättrades och att patienters symtombörda minskade. LCP beskrivs även en struktur för inläring, framförallt för vårdpersonal som var ovan vid palliativ vård. Begreppet standardvårdplan inom palliativ vård och erfarenheter av dess användning inom vården i livets slutskede, är till stora delar utforskade områden och det saknas studier med svenskt perspektiv. Därför behöves mer kunskap om standardvårdplaner, både gällande dess värde som verktyg för god vårdkvalitet i livets slutskede, men även gällande vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar om att arbeta enligt en vårdplan.

Syftet var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att använda LCP inom palliativ vård.

Resultatet baseras på data från två kvalitativa fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor som hade erfarenhet av att arbeta enligt LCP i en palliativ vårdkontext. Tematisk analys användes vid dataanalys.

Resultatet beskriver sjuksköterskors erfarenheter av användning av LCP vid vård av döende patienter utifrån tre teman: teamet, aspekter av klinisk användning och utmaningar. LCP uppfattades av informanterna som stöd för teamarbetet men även för den egna rollen som sjuksköterska särskilt om man var ny i rollen. LCP underlättade kommunikationen med närstående genom att den slutliga brytpunkten tydliggjordes. Nya antitumorala palliativa behandlingsregimer lyfter fram som någonting som en utmaning som eventuellt kunde leda till en mer restriktiv hållning vid användning av LCP.

Resultaten visar på en del överensstämmelse med tidigare studier baserade på vårdpersonalens erfarenheter av LCP. Studien genomfördes inom ramen för magisteruppsats på Karolinska Institutet

## **P 09 Behandlar vi män och kvinnor lika i den palliativa vården? En deskriptiv studie från en palliativ vårdavdelning**

Gisela Lundberg, Ulla Molander,

*Palliativa enheten, Sahlgrenska universitetssjukhuset*

### **BAKGRUND:**

Studier från andra verksamheter inom hälsosjukvården har visat på att kvinnor och män behandlas olika exempelvis att kvinnor får mindre aktiv behandling vid hjärtinfarkt. Cecilia Björklund, professor, distriktsläkare, redogör i en artikel i läkartidningen under år 2001 för flera studier som visar att kvinnor med hjärtinfarkt få sämre omhändertagande.

### **SYFTE:**

Hur ser det ut i den palliativa vården? Vi tror att vi behandlar män och kvinnor lika, men är det så på vår vårdavdelning?

### **METOD:**

Patienter med lungcancer som vårdades på palliativa enheten under år 2006-2008 studerades i ett manligt/kvinnligt perspektiv. Patienterna delades upp i sammanboende eller ensamboende. Vi tittade på vårdtider och vart de skrevs ut.

### **RESULTAT:**

Under den aktuella tiden vårdades totalt 169 patienter med lungcancer varav 94 var kvinnor och 76 män, varav 65 kvinnor och 34 män var ensamboende. Medelålder 71,8 år med 71,6 för kvinnorna och 72,1 för männen. 51 stycken

skrevs ut till eget boende, 41 kvinnor och 17 män. Fler kvinnor än män gick hem av de ensamboende (28 respektive 5) men för sammanboende var antalet nästan lika.

Totalt 29 stycken skrevs ut till särskilt boende, 13 kvinnor respektive 16 män. 82 stycken avled på avdelningen och av dessa var 40 kvinnor och 42 män och där var det mest ensamboende kvinnor medan männen var mest sammanboende.

Vårdtiden var i genomsnitt 23,9 dagar varav 25,1 för kvinnorna respektive 22,7 för männen. Vi såg också att ensamstående kvinnor hade längre vårdtider än män och sammanboende kvinnor.

Sammanfattningsvis var det fler kvinnor som vårdades på avdelningen och fler av kvinnorna var ensamboende, de hade längre vårdtider och fler skrevs ut till eget boende. Bland männen var det fler som var sammanboende samt att fler skrevs ut till särskilt boende och fler avled på vårdavdelningen.

Således finner vi skillnader mellan könen men dessa är svårtolkade. Det är dock viktigt att vara uppmärksam på könskillnader i vården och att alltid ge den bästa palliativa vården till varje patient baserat på deras behov och inte beroende på kön.



## P 10 Betydelsen av kommunikation före och efter förlusten av en bror eller syster i cancer – En nationell långtidsuppföljning

Eilegård A<sup>1,2</sup>, Steineck G<sup>3,4</sup>, Nyberg T<sup>3</sup>, Kreicbergs U<sup>1,2,4</sup>

*1 Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Barncancerforskningsenheten, Stockholm Sverige. 2 Sofiahemmet Högskola, Stockholm Sverige. 3 Karolinska Institutet, Institutionen för Onkologi-Patologi, enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Stockholm, Sverige. 4 Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, Institutionen för Onkologi-Patologi, enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Göteborg Sverige*

### BAKGRUND

I Sverige insjuknar ungefär 300 barn i cancer varje år och av dessa överlever 80%. Hela tillvaron förändras i de familjer som drabbas. Föräldrarna fokuserar av självklara skäl i första hand på det sjuka barnet vilket kan leda till att syskonen upplever sig vara osynliga och mindre betydelsefulla än den sjuka brodern eller systern. Det finns få studier som fokuserar på syskon i familjer som drabbats av barncancer där brodern eller systern sedan avlider. Resultaten från dessa studier är skiftande och ibland motsägelsefulla och visar både på negativa (ångest, depression) och positiva (ökad mognad och empati) effekter.

### SYFTE

Syftet med den här studien var att studera psykisk hälsa på lång sikt hos syskon som mist en bror eller syster i cancer 2 till 9 år tidigare i relation till kommunikation med sjukvårdspersonal, familj och andra före och efter dödsfallet.

### METOD

Under 2009 genomfördes i Sverige en nationell uppföljningsstudie av syskon som mist en bror eller syster i cancer två till nio år tidigare. Studien genomfördes

med hjälp av ett studiespecifikt frågeformulär bestående av 200 frågor. HADS är den skala som använts i frågeformuläret för att mäta psykisk ohälsa: ångest och depression. I manuset presenteras data som frekvenser (%), relativa risker och andelar; skillnader mellan grupper är statistiskt testat med 5% signifikansnivå med Fisher's exakta test.

### RESULTAT

Ettihundra sjuttio fyra (73%) av syskonen besvarade frågeformuläret. Syskon som undvek sjukvårdspersonal (inte läkare) av rädsla för att vara i vägen för dem under brodern eller systemens sista månad i livet har ökad risk för ångest (HADS  $\geq 11$ ), RR=2.2 (1.1-4.6), liksom syskon som sällan talade med andra (inte familj) om sina känslor i relation till brodern eller systemens sjukdom RR=2.8 (1.3-6.2). En majoritet, 96 (55%) av syskonen undvek att tala med sina föräldrar om sin avlidna bror eller syster av respekt för föräldrarnas känslor. Detta leder till ökad risk för ångest RR =2.4 (1.1-5.4) jämfört med syskon som inte undvek att prata med sina föräldrar.

## P 11 Man kan alltid ge hopp om något – Personalens strategier för att ge information till döende patienter och deras närstående

Inger Benkel, Helle Wijk, Ulla Molander

*Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet/Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

### BAKGRUND:

Tidigare forskning har visat att vårdens olika professioner upplever ett motstånd i att ge information om svåra besked och flera studier har visat att dessa frågor särskilt stressar sjuksköterskegruppen. Andra studier har uppmärksammat att personalen använder sig av olika strategier för att underlätta dessa samtal. Sådana strategier är exempelvis att dämpa och skraddarsy och förklara informationen, förbereda alternativ mm. Några studier har sett att symboler underlättar att tala om svåra saker vilket ger mindre ångest.

Hur kan man göra för att underlätta dessa samtal? Vad finns det för strategier och metoder som sjukvårdspersonalen använder sig av idag och hur kan vi föra dessa vidare?

### SYFTE:

Genom att intervjua personal kring dessa frågor kan man få en djupare förståelse för hur de gör när de lämnar svåra besked och hur de resonerar kring detta. Intervjun ger möjlighet för den enskilde personen att reflektera kring och utveckla sitt resonemang och sin egen tolkning på ett mer mångfacetterat sätt än bara genom svar i en enkät.

### RESULTAT:

Personalen grundade sina bedömningar utifrån hur de närstående agerade och

vad de sade i ord och gjorde därefter en tolkning av om de närstående använde strategier eller förnekande. Typiskt var att de intervjuade vårdarna i början av intervjuerna menade att närstående förnekade men att de efter hand som intervjuerna fortskred i resonemang och reflektion med sig själva över sina egna iakttagelser ändrade sina bedömningar till att det mer handlade om strategi och hopp än förnekelse.

Flera exempel gavs på samtalsmetodik och symboler som personalen använde till hjälp för att ge de närstående svåra budskap som var svåra att förmedla. Exempel på dessa strategier var att be dem berätta vad de visste, ta paus och återkoppla samt att inge hopp om något.

Konklusionen är att samtalsmetodik och användning av olika strategier kan hjälpa vårdpersonalen med de svåra samtalen oavsett om det är med patient eller närstående. Det behövs ökad kunskap om ords symbolvärden och om vikten av att personalen får reflektera över vad som är närståendes strategier, hopp och försvar så de inte upplevs vara i konflikt med varandra.

## P 12 Patienters, närståendes och vårdpersonals uppfattningar om existentiella frågor som en bas för ett pedagogiskt projekt

Ingela Henoeh, Titti Melin-Johansson, Maria Brovall, Ella Danielson & Susann Strang  
*Universitet/institution: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa*

### BAKGRUND:

Att leva med obotlig sjukdom kan innebära att existentiella frågor blir viktigare för den sjuke och de närstående. Bristande utbildning hos vårdpersonal om existentiella frågor, samt tveksamhet kring den egna rollen i dessa frågor kan bli ett hinder för god omvårdnad till patienter i livets slutskede. En utbildning till vårdpersonal om existentiella frågor bör grundas på vad som är viktigt för patienter och närstående i palliativ vård. Syfte: Att undersöka patienters, närståendes och vårdpersonals uppfattningar om viktiga existentiella områden för patienter med cancer och deras närstående.

### METOD:

Två litteraturoversikter har gjorts om existentiella behov, viktiga för patienter med cancer och deras närstående, med kartläggning av interventioner för att möta dessa behov. Fyra fokusgrupper hölls med vårdpersonal som arbetar med patienter med cancer i olika stadier där vi undersökte vilka existentiella frågor personalen ansåg vara viktiga för patienter och personalens ansvar för att möta dessa frågor.

### RESULTAT:

I litteraturoversikten över patienters existentiella frågor delades dessa in i två teman: kampen för att upprätthålla

självbilden och hot mot självbilden. Närståendes existentiella frågor rörde att leva med, men också bortanför närvaron av döden, där de ständigt påmindes om dödens närvaro vilket fick dem att söka stöd. Få interventioner hittades riktade mot patienter eller närstående passande för daglig vårdverksamhet. I fokusgrupperna med personalen framkom att de ansåg att det var deras ansvar att möta patienternas existentiella frågor, men att några kände sig osäkra när dessa frågor tas upp av patienter. Resultaten från de tre studierna är samstämmiga genom att viktiga områden ansågs vara livet och döden, mening, frihet att välja samt ensamhet och gemenskap. Utifrån dessa områden har en utbildning utarbetats för personal som arbetar med patienter med cancer. Utbildningen används som intervention i en randomiserad, kontrollerad studie och har genomförts bland personal på hospice i Göteborg och pågår till personal inom onkologi och palliativ hemsjukvård. Resultat från studien kommer att rapporteras under 2013.

## P 13 Etiska dilemman om den döende individen som drabbats av svår stroke ur ett multiprofessionellt perspektiv.

Heléne Eriksson, Maria Friedrichsen

*Universitet Linköpings universitet, Institution ISV/HAV*

### BAKGRUND

Varje år drabbas 25000 individer i Sverige av stroke, medelåldern är 76 år. Palliativ vård är nödvändig även för dem, inte minst ur ett symtomlindrande perspektiv då 60 % av de individer som är döende till följd av svår stroke har symtom som smärta och dyspné. Nutritionsproblematik är också en vanlig fråga då individens egen autonomi kan vara utslagen. Studier har visat att stroke var den dominerande diagnosen när det gällde etisk konsultation vid frågor om livsuppehållande åtgärder. Individer som drabbas av svår stroke behandlas ofta på enheter som är specialiserade på strokevård. Enheterna representeras av en multiprofessionell kompetens som vårdar patienter i det akuta skedet, rehabiliteringsskedet och även i det palliativa skedet. Kunskap om vilka problem som kan uppstå för personalen som arbetar mot dessa tre specifika områden saknas.

### SYFTE

Syftet med studien var att studera vårdpersonalens upplevelser av etiska dilemman och dess konsekvenser för vården av den döende strokepatienten.

### METOD

41 personer (sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och undersköterskor) anställda vid

tre olika specialiserade stroke- enheter deltog i bandinspelade fokusgruppsintervjuer som transkriberades ordagrant. Kvalitativ innehållsanalys användes vid bearbetning av materialet.

### RESULTAT

De etiska dilemman som var framträdande indelades i tre teman vilka var, ”Frånvaro av beslut” där flera av respondenterna upplevde att de arbetade utan gemensamma mål, vilket medförde att den enskilde individen själv skapade och arbetade mot ett eget mål. Svårigheten att fatta beslut om palliativ vård gav en stark känsla av frustration hos samtliga intervjuade. Ett annat dilemma var: ”Att ej hålla fast vid fattade beslut” När beslut om palliativ vård slutligen var fattat reviderades det, ofta genom mycket subtilt ifrågasatta uttryck från patienten. Personal som påbörjat planering mot en värdig död, och närstående som påbörjat sin transition från kurativ vård mot palliativ vård blev återigen tillbakavisade i ovisshet. Respondenterna uppfattade ofta att de närstående blev misstänksamma mot vården i dessa skeden. Det underliggande problemet till de etiska dilemman som beskrevs var ”kommunikations problem” mellan professionerna och inom professionerna. Etiska problem diskuterades sällan och gemensam värdegrund saknades.

## P 14 Förlustdrabbade syskons upplevelse av deltagande i en forskningsstudie om deras erfarenheter av att ha mist en bror eller syster i cancer

Eilegård A<sup>1,2</sup>, Steineck G<sup>3,4</sup>, Nyberg T<sup>3</sup>, Kricbergers U<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Barncancerforskningsenheten, Stockholm Sverige. <sup>2</sup> Sofiahemmet Högskola, Stockholm Sverige. <sup>3</sup> Karolinska Institutet, Institutionen för Onkologi-Patologi, enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Stockholm, Sverige. <sup>4</sup> Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, Institutionen för Onkologi-Patologi, enheten för Klinisk Cancerepidemiologi, Göteborg Sverige.

### BAKGRUND

Få studier har fokuserat syskon som mist en bror eller syster i cancer. Tidigare forskning har i större utsträckning inriktat sig på syskon som lever med en cancersjuk bror eller syster. Detta kan ha sin förklaring i de senaste decenniernas medicinska framsteg som lett till ökad överlevnad bland barn som drabbats av cancer. Andra möjliga orsaker kan vara etiska, metodologiska och praktiska skäl. Tidigare studier visat att förlustdrabbade individer uppskattar deltagande i forskning som berör deras erfarenheter av att ha mist en närstående. Trots detta kvarstår rädsla för att göra skada genom att ställa frågor om den som avlidit. Vår studie är den första i sitt slag som fokuserar förlustdrabbade syskons upplevelse av deltagande i forskning om deras erfarenheter av att ha mist en bror eller syster i cancer.

### SYFTE

Att undersöka förlustdrabbade syskons upplevelse av deltagande i en forskningsstudie som berör deras erfarenheter av att ha mist en bror eller syster i cancer.

### METOD

Undvikbara och påverkbara vårdrelaterade faktorer i barncancersjukvården som påverkar förlustdrabbade syskons psykiska hälsa på lång sikt studerades i en nationell uppföljningsstudie i Sverige. Ett studiespecifikt frågeformulär har utformats i nära samarbete med studiepopulationen. Frågorna har testats ansikte mot ansikte och i två förstudier. Huvudstudien genomfördes under 2009. Data presenteras som andelar och skillnader mellan grupperna är statistiskt testade med 5% signifikansnivå (Fischer's exakta test).

### RESULTAT

Sjuttiotre procent (174/240) av syskonen besvarade och returnerade frågeformuläret. Inte något av syskonen (0/168) trodde att deras deltagande i studien skulle påverka dem negativt på lång sikt men 13% (21/168) ansåg att deras deltagande var negativt för stunden (vid ifyllandet av frågeformuläret) och 84% (142/169) upplevde sitt deltagande som positivt.

## P 15 Undersköterskors upplevelse av en intervention med fokus på ett palliativt förhållningssätt till äldre personer på särskilt boende

Ingela Beck<sup>ab</sup>, Agneta Törnquist<sup>b</sup> och Anna-Karin Edberg<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Institutionen för Hälsa Vård och Samhälle, Lunds Universitet och <sup>b</sup>Vårdalinstitutet

### BAKGRUND:

Äldre personer med kommunal vård och omsorg har ett omfattande vårdbehov under deras sista levnadsår och de flesta som bor på särskilt boende avslutar också sitt liv där. På särskilt boende är det till största delen undersköterskor som utför det praktiska vård- och omsorgsarbetet med stöd från sjuksköterskan och chefen. Även om undersköterskor ofta möter död och döende i sitt arbete uppfattar de palliativ vård som en vård som enbart används under de allra sista dagarna i livet. De beskriver även att de har svårt att fokusera på relationsaspekter eftersom fokus inom vård och omsorg vid särskilt boende framförallt fokuserar på uppgifter som ska utföras. Det finns alltså ett behov av både praktiskt och känslomässigt stöd för att ge undersköterskor möjlighet att utföra en vård och omsorg med god kvalitet till äldre personer, vilket var bakgrunden till den intervention som genomförts under 2010 vid tre särskilda boende.

### SYFTE:

Syfte med studien var att beskriva undersköterskors upplevelse av hur en intervention med fokus på ett palliativt förhållningssätt har påverkat dem i deras arbete.

### METOD:

Studien var en beskrivande kvalitativ utvärdering av en sex månaders intervention bestående av studiecirklar i kombination med workshops med fokus på ett palliativt förhållningssätt till äldre personer på särskilt boende. Fjorton undersköterskor (25-56 år) intervjuades först direkt efter interventionens avslut och ytterligare en gång efter sex månader. Intervjuerna var semistrukturerade och analyserades med traditionell innehållsanalys.

### RESULTAT:

Undersköterskorna upplevde att de genom interventionen hade tillägnat sig en ökad motivation och styrka att fokusera på relationsaspekter i sitt arbete. Detta inkluderade en ökad medvetenhet om, och respekt för, boendes och närståendes behov samt en ökad förståelse för sin egen betydelse för mötet med boende och deras närstående. Interventionen innebar också att de fick en ökad öppenhet och förståelse för sina kollegor i arbetsgruppen. Men undersköterskorna uttryckte även en frustration över hinder för att kunna implementera deras förvärvade kunskap främst relaterat till bristande resurser och otydligt ledarskap.

## P 16 Att möta döende människors behov – rapport från en utbildningsatsning

Eva Henriksen, Lars Sonde, Ingeli Simmross, Christina Riddebäck, Nina Larsson  
 FOU nu, Stockholms läns landsting. Styrelsen för SFPO.

### BAKGRUND

Vården av döende personer inom vård och omsorgsboenden måste förbättras. Den äldre personens rätt till anpassad vård, självbestämmande och bibehållen autonomi är centralt även den sista tiden i livet och oberoende av var man bor. Det var bakgrunden till att Stockholms läns landsting genomförde en utbildningsatsning riktad till personal på vård och omsorgsboenden inom länets kommuner.

### SYFTE

Syftet med utbildningsatsningen var att förbättra vården för döende äldre boende på vård och omsorgsboenden.

### METOD

Projektet genomfördes under åren 2008-2011. Utbildningsatsningen riktades till vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkare inom både privata och kommunala vård och omsorgsboenden. En utvärdering av projektet genomfördes parallellt med hjälp av registerdata, enkäter och intervjuer.

### RESULTAT

Totalt deltog 2772 anställda vid sammanlagt 74 äldreboenden i de olika utbildningsatsningarna.

### SLUTSATS

Utvärderingen visade att ett förändringsarbete har påbörjats som kommer påverka enheterna i framtiden. Både en ökad medvetenhet om döende människors behov och en ökad kunskapsörst kunde

ses hos deltagarna. De deltagande boendeheterna registrerar nu i Svenska palliativregistret vilket ökar möjligheten till verksamhetsutveckling. Både landstinget och kommunernas personal uttryckte att de har fått en ökad medvetenhet om att vården av döende är ett gemensamt ansvar.

Ett flertal faktorer påverkar om utbildningarna ska få förväntade effekter; Arbets- och verksamhetsledningens engagemang och förmåga att skapa förutsättningar för personalen att reflektera över sitt arbete, Att personal, den äldre och anhöriga vågar prata om döden även innan dödsfasen inträder, Att personalen tar ansvaret för och ges tillfällen till att prata om döden.

Utvärderingen visade på flera brister i vården av den döende; Att det fortfarande är hierarkier och otydliga beslutsvägar i organisationerna; Att MAS uppgift är otydlig; Att läkarna både är otydliga och osynliga på vård och omsorgsboendena och att ASIH's konsultstöd måste förtydligas för att det ska utnyttjas.

Resultat efter att arbetet har utvärderats är att man nu på ett nytt sätt vågar tala om den sista tiden i livet med dem det berör, dvs. samtal ibland redan vid inflyttning till vård och omsorgsboendet, med den äldre personen och/eller med anhöriga. Tid till reflektion efterfrågas av personalen, att personalen ser vinster och nyttan av samverkan mellan huvudmännen och även att anhörigas deltagande i vården och omsorgen värdesätts på ett nytt sätt.

## P 17 Diplomerings av sjuksköterska inom palliativ omvårdnad

Eva Åstradsson, Helene Rygert, Marie-Louise Ekeström, Christine Karlsson, Annika Cederholm, Inger Malmesjö, Maria Olsson, Monica Axelsson, Ann-Marie Bergström och Elenor Granström

*Styrelsen för SFPO.*

### BAKGRUND:

Palliativ vård är idag ingen egen specialitet. För att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen av den döende människan krävs sjuksköterskor som arbetar kliniskt och kan undervisa, utveckla omvårdnaden evidensbaserat, bedriva egna utvecklingsprojekt och aktivt delta i omvårdnadsforskning. Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO), som är en underförening till Svensk sjuksköterskeförening (SSF), vill ge sjuksköterskor med intresse, kunskap och erfarenhet av palliativ vård möjlighet att diplomas i palliativ omvårdnad.

En diplomering kan sammanfattas med att den diplomerade besitter god kunskap i följande kompetensområden;

- den palliativa vårdens olika faser och omvårdnadsprocesser utifrån de fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella dimensionerna i palliativ omvårdnad
- riktlinjer och vårdprogram för palliativ vård
- medicinska aspekter på olika symtom vid långvarig och dödlig sjukdom
- farmakologi och medicinsk teknik
- psykosociala, tvärkulturella, andliga/existentiella aspekter vid långvarig och dödlig sjukdom
- samtalskonst och kommunikationsteknik
- undervisningsmetodik/handledning
- vårdutveckling
- etik inom klinik och forskning
- teamsamverkan

### SYFTE:

Syftet med diplomering är att säkerställa kompetens, vårdutveckling, forskning och kunskapspridning inom området

palliativ omvårdnad. Diplomeringsen är samstämmig med sjuksköterskans etiska koder och kunskapsgrund och har sanktionerats av SSF.

### METOD:

Diplomeringsen har tagits fram av SFPOs styrelse i samarbete med medlemmarna. Ansökande sjuksköterska uppmanas att skicka in sin ansökan till SFPO. Ledamöter ur SFPOs styrelse med stöd av representant från Nätverk för forskande sjuksköterskor i palliativ vård bedömer ansökningarna utifrån nedanstående krav, begär in kompletteringar samt kontaktar referenspersoner om så behövs. De ansökningar som uppfyller kriterierna resulterar i diplomering. Diplomeringsbevis utfärdas och skrivs under av representanter från de tre föreningarna. Nya diplomeringar tillkännages på SFPOs hemsida två gånger per år.

Krav för diplomering:

- Sjuksköterskeexamen (med kandidatexamen)
- 5 års kliniskt arbete inom specialiserad palliativ vård
- 10 p/15 hp i palliativ vård
- Medlem i SFPO (minst 1 år)
- Erfarenhet av utveckling/kunskapspridning utanför den egna arbetsplatsen
- Referens från närmaste chef och egen skriftlig motivering

### SAMMANFATTNING/RESULTAT:

Diplomeringsen är ett sätt att kvalitetssäkra vården samt tydliggöra sjuksköterskans ansvar och kompetens inom området. Hösten 2011 diplomas de första 6 sjuksköterskorna i palliativ omvårdnad.



## P 19 Nutritionsvårdkedjan för patienter med avancerad cancer i Stockholm.

Berglund M. leg. dietist, Grek E. leg. dietist, Veidemann E. leg. dietist

Karolinska universitetssjukhuset, Dietistkliniken/Onkologiska kliniken, Stockholm.

### BAKGRUND

Onkologisk behandling kan ha sideeffekter som begränsar ätförmåga och därmed påverkar nutritionsstatus negativt. Patienter med avancerad cancer som får onkologisk behandling kan helt eller delvis vårdas i hemmet, så kallad Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH). Det finns 15 vårdgivare med sammanlagt 19 team som genom avtal bedriver ASIH i Stockholms läns landsting. Patienter inom ASIH ansluts på olika uppdrag enligt remiss. Vid heldygnsvård i hemmet ingår nutritionsbehandling som en del i hemsjukvården. Sedan tidigare kan en etablerad kontakt med dietist på sjukhuset finnas liksom ett behov av att överföra vidtagna nutritionsinsatser som gjorts på sjukhuset till ASIH.

### SYFTE

Syftet med projektet är att ta reda på omfattningen av patienter inom ASIH med heldygnsvård i hemmet och pågående onkologisk behandling som har behov av dietistkontakt eller har dietistkontakt vid Karolinska Universitetssjukhuset. Projektet ämnar också besvara i vilken omfattning det finns

dietister som arbetar i hemsjukvården i Stockholms läns landsting samt förekomsten av dokumenterad informationsöverföring om nutritionsbehandling mellan dietist och ASIH.

### METOD

Strukturerade telefonintervjuer med 15 team i hemsjukvården och journalgranskning av 108 av 298 tillfrågade patienters sjukhusjournaler genomfördes från april till maj 2011. Med hjälp av journaluppgifter gjordes även en screening för risk för undernäring med syfte att få reda på behov av dietistkontakt.

### RESULTAT

Tillgången till dietist i ASIH varierade med en spridning från 10 timmar i veckan till heltid i 8 av 15 team, resterande saknade dietist. Screeningen visade hög frekvens av undernäring och förekomst av ättsvårigheter. En tredjedel av patienterna var inskrivna i hemsjukvården för hjälp med nutrition enligt remiss. En knapp tredjedel av dessa patienter hade fortsatt kontakt med sjukhusets dietister. Informationsöverföringen om nutrition ut till ASIH var bristfällig.

## P 20 Abstrakt angående VILA gruppen, Kävlinge Kommun

Eva Persson medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lena Olsson undersköterska, Marie Wallstén undersköterska.

*Hemsjukvården, Kävlinge kommun*

### BAKGRUND

För Kävlinge kommuns del har vi valt att utveckla vården i livets sista tid i enlig-het med det kommunala hälso-sjukvårds ansvaret. VILA- gruppen består av un-dersköterskor eftersom det är den personalgrupp som alltid finns nära vårdtagaren och det är oftast den yrkesgrupp som finns tillhands när de svåra frågorna ställs.

### SYFTE

Att ge kommuninvånarna en hög kvalitativ vård i livets sista tid av en kommun-övergripande arbetsgrupp med särskild palliativ kompetens. Arbetslaget skall även kunna ge när-stående och övrig personal trygghet i vården kring personer i livets sista tid.

### METOD

Vårdtagare som är aktuella för VILA gruppen är personer, oavsett diagnos, som befinner sig i livets sista tid och har en uppskattad livslängd på 3 månader. VILA gruppen består av sex under-sköterskor som arbetar på ett flexibelt sätt över hela kommunen och i nära samarbete med områdets vårdansvariga sjuksköterska.

Till målgruppens förfogande finns även tre korttidsplatser, byggda och inrät-tade för ändamålet i ett av kommu-nens äldreboende. Vilagruppen sköter omvårdnaden även på korttidsplatserna, så att den drabbade inte behöver byta personal.

En av Vilagruppens styrka är att lyssna på individen och att försöka uppfylla alla önskningar. Detta finns det flera exempel på.

En annan av framgångsfaktorerna är att insatserna inte är begränsade varken till tid eller till antal.

Arbetslaget har fått adekvat grundutbildning samt får kontinuerlig fortbildning och handledning.

Utvecklingen av arbetsgruppen sker också via utvecklingsgruppen som träffar arbetslager ca 4 ggr per år.

Utvecklingsgruppen består av två primärvårdsläkare, tandläkare, präst, enhets-chef, sjukgymnast, arbetstera-peut, biståndshandläggare, sjuksköterska samt medi-cinskt ansvarig sjuksköterska som är sammankallande.

### RESULTAT

Någon månad efter dödsfallet ber vi närstående fylla i en enkät med frågor gällan-de bemötande, trygghet, önske-mål, delaktighet, information, informa-tionsförståel-sen, personalens kompe-tens, avlösning, upplevelsen om värdigt slut samt en sam-lingsfråga om man är sammantaget nöjd av omvårdnaden. Resultatet ligger väldigt högt, vid se-naste avläsningen var betyget 9,24, på en 10-gradig skala, på frågan om man sam-mantaget är nöjd med omvårdnaden. På frågan ”Jag kände att man tog hänsyn till våra önskemål och behov ” blev be-tyget 9,43.

## P 21 Organization, communication and competence in specialized palliative care teams in Sweden

Anna Klarare<sup>1</sup>, Carina Lundh Hagelin<sup>1</sup>, Carl Johan Fürst<sup>2</sup>, Bjöörn Fossum<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sophiahemmet Högskola, <sup>2</sup>Stockholms sjukhem

### BACKGROUND:

Teamwork is a desired standard within the palliative care arena. Common professions in the specialized palliative care teams are physicians, nurses, physiotherapists, occupational therapists and social workers. Creating an effective team with members from different professions may have obstacles of professional territoriality, lack of framework and miscommunication. Considering the diversity within a team of health care professionals on duty rosters; complex, dynamic, parallel team processes are anticipated.

Objective: To explore team function in specialized palliative care teams in Sweden.

### METHOD:

Qualitative interviews analyzed through content analysis. Interviews in different locations in Sweden with physicians, nurses, physiotherapists, occupational therapists, social workers and assistant nurses.

### RESULTS:

Preliminary results are sorted into three areas: organisation, communication and competence. Organization: specialized palliative care teams are organized in many different ways, with different resources. Persons in the same team

may have different managers and even be located in different geographic places. Health professionals have no education nor training regarding work in a team and the leader depends on the issue at hand. Communication: mistakes in the team regarding patient or family care are commonly referred to communication errors. Individual characteristics of persons among the health care professionals influence how teams work, how teams are organized and how teams function. Competence: multifaceted competence is emphasized as crucial by all interviewees. Health professionals need to be aware of co-workers competence as well as knowledge of medical, psychological, social, ethical and existential issues including interventions of the same. Critical thinking, decision-making and crises management are necessary skills and abilities as expressed by health professionals in this field.

### CONCLUSIONS:

Results indicate that health professionals need formal training, organized leadership and repeatedly allotted time for reflection in order to optimize teamwork, and furthermore that standardized team structures and methods could assist teams in ensuring patient safety and quality of care.

## **P 22 Hur har det gått för Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter?**

Matthias Brian, dipl läk palliativ medicin, medicinskt ansvarig läkare  
Åsa Tjernell, distr-sköterska, verksamhetschef

*Mellannorrlands Hospice AB, Växthusstigen 7, 852 40 Sundsvall*

### **BAKGRUND:**

Den palliativa vården förmedlas både inom den slutna och öppna vården. Den specialiserade hemsjukvården har i Sverige fått ett allt större utrymme, men inte alla som är i livets slutskede kan eller önskar att vårdas i hemmet, på sjukhuset eller på ett särskilt boende. Ett komplement i den palliativa vårdkedjan i form av en specialiserad palliativ slutenvårdsenhet har hittills saknats i Mellannorrlands region. För att tillgodose detta tomrum, har Mellannorrlands Hospice skapats främst med ideella insatser.

### **SYFTE:**

Att beskriva funktionen och verksamheten på Mellannorrlands Hospice sedan starten september 2007.

### **METOD:**

Deskriptiv presentation av Mellannorrlands Hospice från september 2007 till och med december 2011, med hjälp av verksamhetens tillgängliga data från remisser, journaluppgifter och det palliativa kvalitetsregistret.

### **RESULTAT:**

Kvantitativa basala patientdata, diagnoser, remissflöde, in- och utskrivningar, vårddygn och dödsfall redovisas. Utvalda kvalitativa data från det palliativa kvalitetsregistret för perioden presenteras. Personalsituationen belyses på annat ställe under konferensen.

### **SLUTSATS:**

Starten av Mellannorrlands Hospice har visat sig fylla ett tomrum och resultaten av de första fyra verksamhetsåren visar att verksamheten redan har blivit ett stabilt, etablerat och efterfrågat komplement i den specialiserade palliativa vårdkedjan.

## **P 23 Skapandet av en optimal vårdmiljö på Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter**

Matthias Brian, dipl läk palliativ medicin, medicinskt ansvarig läkare  
Åsa Tjernell, distr-sköterska, verksamhetschef

*Mellannorrlands Hospice AB, Växthusstigen 7, 852 40 Sundsvall*

### **BAKGRUND:**

Inför driftstarten 2007 av Mellannorrlands Hospice, Sveriges då nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenhet, fanns många tankar och idéer om hur den fysiska vårdmiljön skulle kunna utformas för att ge de bästa möjliga förutsättningarna för en optimal palliativ vård till Hospice' gäster och även för personalen.

### **SYFTE:**

Att beskriva den fysiska inre och yttre vårdmiljön på Mellannorrlands Hospice som bas för en optimal palliativ slutenvård.

### **METOD:**

Beskrivning av tankarna och idéer inför skapandet av Hospice' inre och yttre miljö. Genom konkreta exempel och bilder visas också resultatet av detta förberedande arbete.

### **RESULTAT:**

Tankarna och idéerna inför skapandet av Mellannorrlands Hospice bestod av flera teman: i kontinuerligt samarbete

med arkitekten skapa husets grundstruktur och karaktär; att hitta den rätta tomten för husbygget; att planera för rumsgestaltning och funktionalitet avseende vårdutrymmen, gemensamma och personalrelaterade utrymmen; att finna de rätta materialen och färger, men också för inredningen; att skapa en nära relation till naturen och lugn atmosfär både inom- och utomhus; att integrera en utbildningsenhet och lokaler för den specialiserade palliativa hemsjukvården.

### **SLUTSATS:**

Mellannorrlands Hospice lyckades med att skapa en lugn och harmonisk vårdmiljö utifrån en ambition att alla skall uppleva trygghet, få ett personligt bemötande och känna sig respekterade (Mellannorrlands Hospice värdegrund).

## **P 24 Att skapa och konsolidera ett personallag/team på Mellannorrlands Hospice, en av Sveriges nyaste specialiserade palliativa slutenvårdsenheter**

Maria Flodin, leg sjuksköterska, Jeanette Bergelin, leg sjuksköterska, Martin Gelfgren, undersköterska

*Mellannorrlands Hospice AB, Växthusstigen 7, 852 40 Sundsvall*

### **BAKGRUND:**

När Mellannorrlands Hospice skulle starta 2007, fanns möjligheten att sätta ihop ett komplett personallag från grunden, samt att tillsammans hitta riktlinjer för ett fortsatt utvecklingsarbete för att främja en fungerande arbetsgrupp med en tydlig målbild och bibehållen nybyggaranda, med fokus på en värdegrund där gäster, anhöriga och teamet har en central roll.

### **SYFTE:**

Att beskriva hur personalgruppen på ett nystartat modernt Hospice (= specialiserad palliativ slutenvårdsenhet) kan fungera och få bästa möjliga förutsättningar för att kontinuerligt kunna förmedla en högkvalitativ specialiserad palliativ vård i en trygg miljö.

### **METOD:**

Beskrivning av personalgruppens verktyg: ett aktivt kontinuerligt arbete med handledning, spegling och medveten närvaro (mindfulness) med en konkret formulerad värdegrund som utgångspunkt.

### **RESULTAT:**

Värdegrunden lägger sin bas i det dagliga arbetet och målbilden. Som ett aktivt verktyg används mindfulness, vilket poängterar den medvetna närvaron i nuet – ett förhållningssätt som öppnar

för reflektion utan att döma, ett varande i stunden som främjar den professionella relationen till gästen och anhöriga, men också den egna personliga utvecklingen. Som ett annat verktyg används regelbunden handledning med teamstärkande övningar och konkreta diskussioner rörande omvårdnadsprocessen och gruppdynamiken. Spegling är ytterligare ett verktyg som används för att underhålla det reflektiva tänkandet. Denna metod ger arbetslagen möjlighet att både reflektera över och utvärdera dagens genomförda arbete och hur insatserna skulle kunna förstärkas eller förändras för att främja nästa dags arbete.

### **SLUTSATS:**

Ett kompetent personallag har skapats på Mellannorrlands Hospice och som med den konkret formulerade värdegrunden som bas fortsätter att aktivt arbeta för en bestående nybyggaranda och ett reflektivt arbetsklimat. Laget lyckas därmed hålla en högkvalitativ nivå på såväl omvårdnadens process som lagets, gruppens och individens fortsatta utveckling. Med hjälp av de aktiva verktygen kan laget upprätthålla en gemensam målbild för att fortsatt kunna sträva att hålla sig i absolut framkant i den specialiserade palliativa vården.

## P 25 Unik palliativ enhet i nu-sjukvården

Ewa Lidman

*Palliativa enheten, kirurgkliniken, Nu-sjukvården*

### BAKGRUND:

Palliativa teamet i NU-sjukvården startade 1996 som ett projekt, att via ett öppenvårdsteam utveckla den palliativa vården i samverkan mellan olika vårdgivare i ett upptagningsområde som bestod av 15 kommuner och cirka 280 000 invånare. Verksamheten permanentades 1999-01-01. Efterhand växte behovet av egna slutenvårdsplatser fram och 2006 startades ett nytt projekt.

### SYFTE:

- skapa en palliativ slutenvårdsenhet i NU-sjukvården med snabba effektiva vårdflöden för en förbättrad vårdkvalité och ökad livskvalitet för patienter och närstående.
- utgöra kunskapsresurs gällande palliativ vård för hela NU-sjukvården, kommunal hemsjukvård samt primärvård.
- utveckla verksamhetsorganisationen för palliativ vård inom NU-sjukvården.

### MÅL:

- starta en palliativ vårdavdelning med 17 vårdplatser och två dagvårdsplatser, samordnad och samorganiserad med befintligt öppenvårdsteam.
- minska antalet palliativa patienter på övriga kliniker.
- förbättra arbetsmiljön för personalen.
- minska antalet inläggningar av palliativa patienter med 12 %
- minska medelvårdtiden med 15 %.
- kostnadsreduktion med 2 mSEK årligen

### METOD:

En projektgrupp bestående av tre sjuksköterskor startade med en nulägesbeskrivning av ineliggande palliativa patienter under v. 46-49 2006. Härtill gjordes en journalstudie på de palliativa patienterna. I studierna framkom 1053 vårdtillfällen med en medelvårdtid av 9,0 vårddygn, vilket motsvarade 26 vårdplatser. En processkartläggning beskrev utgångsläget och utifrån denna planerades åtgärder.

### RESULTAT:

Projektet resulterade i en slutenvårdsavdelning med 17 +2 vårdplatser, enheten drivs nu i ordinarie linjeorganisation med verksamhetschef och avdelningschef. Sköterskorna i teamet arbetar i nära samarbete med avdelningen och ingår som en naturlig del i avdelningsarbetet. En utvecklingssköterska ansvarar för utbildning och utveckling såväl inom enheten som ut till kommuner och primärvård. Antalet vårdtillfällen har minskat till 659 vårdtillfällen 2011. Medelvårdtiden ligger något över målet, däremot klarar medianvårdtiden det uppsatta målet. Härigenom minskas kostnaderna så att det ekonomiska målet uppnås.

### KONKLUSION:

De palliativa slutenvårdsplatserna ses idag som ett nödvändigt komplement till det palliativa teamet och medför ett tryggare omhändertagande i livets slut.

## P 26 Betydelsen av arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser i Palliativ vård

Agneta Ericson, leg. arbetsterapeut och Anna-Maria Särnhult, leg. sjukgymnast  
*Palliativa Teamet Kungsbacka sjukhus*

### BAKGRUND:

Till Palliativa teamet Kungsbacka är c:a 100 patienter anslutna, med öppen retur till vårdavdelning och kontinuerlig kontakt med sjuksköterska i teamet. Många har perioder med inläggning på vårdavdelning, ofta beroende på oro och otrygghet. Fokusering på egna situationen kan ge ett passivt liv med ångest, ensamhet och inaktivitet. Detta medför sämre funktion och kondition, sämre andningsfunktion, nedsatt muskelkraft och ödemproblematik.

De, och anhöriga, behöver stöd och trygghet, och få träffa människor i liknande situation.

God palliativ vård med ett holistiskt perspektiv kräver teamarbete med insatser från såväl arbetsterapeut som sjukgymnast, som komplement till medicinska insatser.

### METOD:

Arbetsterapeut och sjukgymnast utför ett flertal åtgärder, polikliniskt och i samband med inläggning, för att bibehålla/underhålla patientens egna resurser och fysiska funktioner och förbättra livskvalitén. Exempelvis andningsbefrämjande åtgärder, lymfödembehandling, sjukgymnastik; individuell/grupp. Hjälpmedelutprovning och bostadsanpassning ger en trygg och bra hemmiljö för patient, personal och närstående. Ofta behövs snabba åtgärder för att möjliggöra önskad hemkomst.

Öppen Gruppverksamhet leds av teamets arbetsterapeut och sjukgymnast. Inledande grupp gymnastik följs av skapande aktivitet i olika tekniker. Därefter avslutande fika med social gemenskap. Möjlighet till kontakt med övrig personal i teamet.

### RESULTAT:

Hjälpmedel/bostadsanpassning ger aktivare liv, ökad självständighet och trygghet. Sjukgymnastiska åtgärder ger bättre funktion och ork i vardagen. Att behärska sin situation minskar oron. Många beskriver trygghet i att komma kontinuerligt till Gruppverksamheten och träffa andra i liknande situation. Att skapa ger välbefinnande som förbättrar livskvalitén. Ökad tillgänglighet till övrig personal i teamet ger trygghet.

### SLUTSATS:

Arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser inom palliativ vård är viktigt komplement till medicinsk behandling. Vardagen underlättas, individen blir självständigare och aktivare. Samtal med andra i samma situation i öppen grupp ger perspektiv på egna tillvaron och möjlighet till bearbetning av svåra och viktiga frågor. Skapande aktiviteter ger kraft att orka vardagen bättre. Detta ger bättre livskvalitet och mindre oro.



## P 27 Nationellt vårdprogram för Palliativ vård

Susanne Lind<sup>1</sup> och Carl Johan Fürst<sup>2</sup>

<sup>1</sup> tf verksamhetsutvecklare generiska processer Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland samordnande sjuksköterska för vårdprogrammet [susanne.m.lind@karolinska.se](mailto:susanne.m.lind@karolinska.se),

<sup>2</sup> överläkare adj. professor Palliativt Centrum Stockholms Sjukhem Stockholm sammankallande nationella vårdprogramgruppen

### BAKGRUND

I utredningen En nationell cancerstrategi SOU 2009:11 beskrivs utarbetandet av ett nationellt vårdprogram för palliativ vård som särskilt angeläget.

Syfte

Det Nationella vårdprogrammet för Palliativ vård har utarbetats för att ge ökad kunskap och ett sammanhållet dokument för all palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller bostadsort. Det ska vara giltigt, meningsfullt och ett stöd för alla professioner och vårdformer där svårt sjuka och döende människor vårdas. Tillsammans med Svenska Palliativregistret ska det ge förutsättningar för en förbättrad palliativ vård.

### METOD

En multiprofessionell/multidisciplinär nationell vårdprogramgrupp bestående av drygt 70 personer och adjungerade författare har medverkat. Arbetet har utförts i samarbete med Svenska Palliativregistret, Socialstyrelsen och med ekonomiskt stöd från SKL. Förankring har skett hos berörda myndigheter, patient- och specialistföreningar, vårdgivare etc.

### RESULTAT

I början på 2012 publiceras det första Nationella vårdprogrammet för Palliativ

vård. Det fokuserar på palliativ vård i livets slutskede men är till stora delar giltigt för all palliativ vård. Vårdprogrammet är indelat i tre delar;

1 Värdegrund, etiska principer, termer/begrepp, kommunikation och omhändertagandet av närstående.

2 Epidemiologi, behovet av palliativ vård och organisation, kvalitetsarbete (checklistor/skattningsinstrument) kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister.

3 Medicinsk behandling, omvårdnad och vårdåtgärder avsedda att öka välbefinnandet och lindra lidandet, t.ex. vårdmiljö, vätska och näring, munhälsa, hudvård och elimination. Vidare beskrivs några av de vanligaste symtomen i livets slutskede t.ex. förvirringstillstånd, smärta och ångest och hur de kan lindras. Avslutningsvis beskrivs utifrån ett diagnosperspektiv specifika skillnader för sjukdomar med olika döendeförlopp.

Förhoppningen är att vårdprogrammet, tillsammans med en kortversion, nu sprids och används för att alla som vårdas i livets slutskede ska få en kompetent, säker och ändamålsenlig palliativ vård.













## ANTECKNINGAR

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





