

Så undviks ”remiss-pingis”

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

I VILKET SKEDE SKICKAS remiss till ASIH?

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

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

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

sida haft de viktiga samtal som vi upplevde saknades?

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

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

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

Utifrån denna journalgranskning

kunde vi dra ett flertal slutsatser:

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

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

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

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

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

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

Sammanfattningsvis kunde många av

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Karin Boo Hammas
Specialistläkare, doktorand



Jenny Klintman
Överläkare, docent
ASIH Kristianstad

Referenser

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