



**Etiska dilemman samt  
erfarenheter av sjukvård i  
hemmet och på vårdboenden  
i Örebro län under Covid-19  
pandemin**

## **Etiska dilemman samt erfarenheter av sjukvård i hemmet och på vårdboenden i Örebro län under Covid-19 pandemin**

### **Madelene Andersson**

Medicinsk rådgivare på Valfärd och folkhälsa  
Specialist i allmänmedicin  
Region Örebro län

### **Kristina Luhr**

Distriktssköterska/PhD  
Utvecklingsledare på Valfärd och folkhälsa  
Samordnare för MAS/MAR-nätverket  
Region Örebro län

### **Björn Strandell**

Specialist i allmänmedicin  
Medicinsk rådgivare på hälsovalsenheten  
Region Örebro län

2020-06-23

# Sammanfattning

Genom att föra dialog med totalt tretton sjuksköterskor och distriktsläkare som arbetar inom hemsjukvård eller på vårdboende har vi försökt att fånga etiska dilemman i denna grupp. Utöver detta har vi försökt få en översiktlig bild av hur bedömningar, vård och omhändertagande av äldre som sköts inom den kommunala hemsjukvården och på vårdboenden har påverkats av den situation vi befinner oss i under pandemin orsakad av Covid-19. Eftersom underlaget är litet blir det enskilda beskrivningar och upplevelser vi fångar och inte ett helhetsperspektiv. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser utan syftet är att rikta strålkastarljuset på de frågor som uppkommit under dessa samtal.

Det är påtagligt att det initialt var en kaosartad situation när verksamheterna ställde om för att hantera en sjukdom orsakad av ett hittills okänt virus. Det var snabba förändringar avseende riktlinjer, kunskapsunderlag, arbetsuppgifter och styrsignaler. Beslut som verkade rätt en dag var ”fel” veckan efter utifrån att kunskapen om sjukdomen utvecklades. Samtidigt fanns en stor oro i många personalgrupper för egen smitta kombinerat med en hotande brist på skyddsutrustning som behövde hanteras. Stöd av det nära ledarskapet verkar ha skapat trygghet där det har fungerat.

I det förberedande arbetet uppdagades att långt ifrån alla boende på vårdboende eller patienter inskrivna i hemsjukvården hade en vårdplan eller förankrat palliativt beslut där det behövts. Detta gjordes nu under stressade former. Flera av de sjuksköterskor och läkare vi pratat med uppger att de ser ett värde av den förstärkning mot äldrevården som genomförts och önskar fortsätta efter pandemin. Vad skulle behövas för att prioritera detta i den ordinarie verksamheten?

Samverkan mellan kommunens distriktsköterskor och läkare på vårdcentral och i mobila team har generellt sätt stärkts och det vittnas om ett samarbete som fungerar bättre än på länge. Däremot framkommer att det inte finns konsensus i alla frågor. Vad innebär det egentligen att ett palliativt beslut är fattat för en patient? Bilden spretar. Detta gäller även erbjudandet avseende vissa sjukvårdande åtgärder på vårdboende. Exempelvis är det inte självklart att vätska intravenöst ges på alla boende. Förklaringarna som ges är bland annat att det är en kulturfråga eller att det inte behövs. Här finns frågetecknen som skulle behöva redas ut och tydliggöras för att säkra en god vård, inte bara efter de förutsättningar som finns utan utifrån den enskildes behov.

## **Frågor**

*Hur påverkade de styrsignaler som gick ut från olika nivåer hanteringen av vårdplaner, palliativa beslut och vårdnivåbedömningar som gjordes i det initiala skedet?*

*Varför fanns det inte tydliga vårdplaner, förankrade palliativa beslut samt planer kopplade till dessa redan innan pandemin?*

*Behövs det en förstärkning av personal och kompetens för att bättre klara det sjukvårdande uppdraget på äldreboenden och inom hemsjukvården? Exempelvis: ska intravenös vätska kunna ges på ett på vårdboende? Vilka förutsättningar behöver säkras för att så skall kunna ske?*

*Finns/fanns det ett behov av formella forum för diskussion med tanke på den snabba kunskapsutvecklingen och de etiska dilemman läkare och kommunsjuksköterskor ställts inför?*

*Finns det konsensus om vad ett palliativt beslut innebär?*

## Innehåll

1.	Bakgrund.....	6
2.	Genomförande .....	6
3.	Sammanfattning av dialoger.....	7
3.1	Att förbereda sig för det okända .....	7
3.2	Ledning och stöd.....	8
3.3	Bedömningar och sjukvårdande insatser .....	9
3.4	Kort om personalsituationen.....	10
3.5	Vad innebär egentligen ett palliativt beslut? .....	10
3.6	Etisk stress.....	11
4.	Diskussion .....	12
5.	Till sist.....	13

# 1. Bakgrund

Syftet med denna genomlysning är att få en översiktlig bild av hur bedömningar, vård och omhändertagande görs inom den kommunala hemsjukvården och på vårdboende och hur det har påverkats av den situation vi befinner oss i under pandemin orsakad av Covid-19. Syftet är också att försöka identifiera vilka etiska dilemman kommunsjuksköterskor och distriktsläkare upplevt att de hamnat i. Frågeställningen utgår ifrån diskussioner som förts i den etikgrupp som ligger under särskild sjukvårdsledning och genomlysningen initierades som en del i ett internt uppföljningsarbete av arbetsgruppen ”förstärkt länsamverkan under Covid-19 pandemin”. Ungefär samtidigt beslutade IVO att fördjupa sin analys av äldrevården. Den här genomgången är inte kopplad till det arbetet förutom att det sammanfaller i tid.

# 2. Genomförande

Metod för arbetet har varit att genom reflektionsrundor i grupp och individuellt i något fall försöka fånga upp exempel på etiska dilemman, hur individerna har upplevt arbetet under pandemin och egna reflektioner. Inför samtalen har vi skickat ut ett underlag med frågor (bilaga 1 och 2) som vi delvis utgått från men diskussionen har inte varit helt styrd av dessa. Totalt sett har dialog förts med följande:

- Åtta distriktsläkare från alla fyra länsdelar. Uppdragen varierade men innefattade läkararbete på särskilt boende, inom hemsjukvården inklusive hembesök och på covid-avdelning. Inte alla hade erfarenhet av vård av patienter med Covid-smitta.
- Fem kommunsjuksköterskor från fyra olika kommuner. Alla länsdelarna var representerade. Arbetet skedde främst på särskilt boende samt korttidsplatser/covid-avdelning.

Efter varje dialog skrevs minnesanteckningar och dessa ligger till grund för denna rapport.

Alla sjuksköterskor som deltagit i dialogen har varit kvinnor varvid de i texten kommen benämns med pronomen ”hon”. Gruppen läkare var blandad och kommer därför benämnas med pronomen hen. Med vårdboende avses särskilt boende för äldre.

### 3. Sammanfattning av dialoger

Nedan följer en sammanfattning av den dialog som förts.

#### 3.1 Att förbereda sig för det okända

Det som är genomgående från samtalen är att närmast alla vi pratat med har helt ändrade arbetsuppgifter idag jämfört med i normalfall, det gäller både sjuksköterskor och läkare. Gruppen distriktsläkare beskriver hur de tidigt började ställa om till ökade rondtider för hemsjukvården och för särskilda boenden. Några arbetar inte på sin ordinarie arbetsplats vilket medförde svårigheter med att sköta sina ordinarie patienter. I flertalet fall får det ordinarie arbetet med årskontroller av kroniker vänta, det gäller även kontrollerna på länets särskilda boende. Läkarna beskriver hur de blivit mer mobila – mobila team har stärkts upp och fler hembesök gjorts vilket man uppfattar som positivt. På en vårdcentral erbjöds hembesök för kroniker. Många avböjde dock besök av rädsla för smitta.

Att ställas inför att hantera en pandemi med ett hittills okänt virus beskrev flertalet som en stor utmaning. ”Situationen var kaotisk”. Initialt var det stora frågetecken runt hygienrutiner och vilken skyddsutrustning som skulle användas. I ett tidigt skede hade regionen och kommunen olika rutiner för skyddsutrustning – detta skapade förvirring och justerades. Flera sjuksköterskor berättar att risken för egen smitta hos personal bidrog till oro på flera boenden. Det beskrivs hur verksamheterna förberedde sig så gott som möjligt genom att träna personalgrupper och på något håll även läkarna i basala hygienrutiner. Men som en sjuksköterska reflekterar ”...ändå var vi inte beredda när vi fick vårt första fall...”. Ytterligare en sjuksköterska påtalar hur det initialt var stora problem med skyddsutrustning och att även erfarna personer kände sig obekväma, många var rädda. I en annan kommun upplevde man att det förberedande arbetet medfört ett lugn på boendet men däremot inte i hemtjänstgrupperna. Det verkar som att sjuksköterskorna har fått ta ett stort ansvar för att hantera personalens oro och har arbetat hårt med att lära ut och träna hygienrutiner. Trots detta ville många ha mer skyddsutrustning än rekommenderat. Flera sjuksköterskor med erfarenhet av Covid-smitta nämner Vårdhygien som ett stort stöd i ovanstående arbete.

Kunskapen om sjukdomen, symtombild och behandling har ökat i takt med att pandemin fortlöpt vilket medfört att kunskapsunderlaget för beslutsfattandet ändrats snabbt. En läkare formulerade detta som att ”*kartan ritas medan vi går*”. Både sjuksköterskor och läkare har upplevt situationen som stressande. Den beskrivning som ges är att många av de äldre som insjuknat fått en lindrig sjukdom. I de flesta fall där patienten avlidit har förloppet varit väldigt snabbt. En sjuksköterska reflekterar runt ovanstående med orden ”*i början trodde man inte att de äldre och multisjuka*

skulle klara infektionen, men det visade sig att många gjorde det”. Hon beskriver vidare hur rutiner på grund av detta förändrats över tid. På hennes arbetsplats samarbetade verksamhetschef, en erfaren specialistläkare och två sjuksköterskor kontinuerligt för att hantera situationen. Omvärdering av bedömningar gjordes dagligen.

En läkare konstaterar att de fått allt mer kunskap om vilka behandlingar som fanns i behandlingsarsenalen. Detta har medfört en etisk stress eftersom det vederbörande initialt hade kommunicerat ut som information visade sig några veckor senare inte stämma. Två andra läkare ger exempel på patienter där det på grund av bakomliggande sjukdomar och skörhet i förväg bedömts ej lämpligt med sjukhusvård om de skulle insjukna i Covid-19. Beslutet hade skett i samråd med anhöriga och patient. I efterhand har det visat sig att patienterna har klarat vård på vårdavdelning och tillfrisknat. Denna vetskap upplevdes väldigt stressande.

I det förberedande arbetet genomfördes många bedömningar av patienter på särskilda boenden och i hemsjukvården. Syftet var att se över att alla hade en vårdplan. En läkare frågade sig varför de inte hade bättre bedömningar avseende vård och vårdplaner för hemsjukvårdspatienterna sedan tidigare. Nu blev det i stället bråttom. Clinical Frailty Scale (CFS) introducerades som ett verktyg att skatta skörhet hos varje individ. Det upplevdes positivt att få ytterligare ett redskap i sina bedömningar.

En läkare berättar om hur det kom flera propåer samtidigt från flera olika håll vilket var förvirrande. Från nära ledningshåll och från det närliggande sjukhuset kom uppmaningen om att vara generös med att aktivera palliativa vårdordinationer även för de i tidig palliativ fas. Detta medförde en stress *”förstår de vad det innebär att aktivera sen palliativ vård?”* Läkaren i fråga tog stöd i en kollega och gjorde en egen bedömning. Någon dag senare kom en ny, enligt hen mer nyanserad, riktlinje från hälsovalsenheten med uppmaning om att se över vårdplaner.

Flera läkare lyfter även att det var otydligt med provtagningsrutiner samt rutin för smittspårning initialt och även nu. Det är snabba förändringar och svårt att vara uppdaterad.

## **3.2 Ledning och stöd**

Flera av kommunsjuksköterskorna, men inte alla, upplever att de haft bra stöd i det nära ledarskapet och i vissa fall hela vägen upp till kommunledningen. I en kommun har man dagliga avstämningar vilket involverar ledningsfunktioner, MAS, MAR med flera. De som upplevt en närhet och ett stöd från det nära ledarskapet beskriver att det har medfört en känsla av trygghet. Flera sjuksköterskor berättar att de haft ett nära samarbete med läkare från vårdcentralerna samt i vissa fall även de mobila teamen.



Samarbetet har blivit tätare och de upplever läkarna som mer tillgängliga än i normalfall. Man beskriver ett ”teamwork” på boendet.

En sjuksköterska upplever dock att stödet har sviktat både från chef och läkare. I vanliga fall fungerar det bra med läkare som är kopplade till boendet men nu upplevs närvaron sämre. På avdelningen där hon arbetar har många med Covid-smitta vårdats och hen har funderat på om det skulle varit läkare med annan kompetens som vårdat dessa då hon upplever att distriktsläkare har liten erfarenhet av så sjuka patienter. Det har varit svårt att få tag på läkarna och upplevelsen är att det är svårt att få dem att komma till boendet. Mobila teamet har backat upp vid behov och det har funnits erfarna undersköterskor som arbetade med Covid-vård att diskutera med liksom sjuksköterskor på andra avdelningar.

Läkarna beskriver att de har fått bra stöd ifrån de sjukhus som de samarbetar med. De nämner flera enskilda exempel på hur situationer har lösts genom att alla varit lösningsfokuserade. Planerade besök har varit möjliga att ordna på sjukhuset för att slippa skicka in patienten halv akut/akut. Ett annat exempel som ges är där en patient med demenssjukdom som ”vandrar” har fått stanna kvar längre på sjukhuset för att undvika att sprida smitta på boendet.

### **3.3 Bedömningar och sjukvårdande insatser**

I de verksamheter som var representerade vid dialogerna verkar läkare och sjuksköterskor i den kommunala vård- och omsorgen ha samarbetat mer med varandra än i vanliga fall. Läkare beskriver en tät kontakt och det gör sjuksköterskorna också. Det finns dock undantag där samarbetet har fungerat sämre och läkarna har upplevts otillgängliga.

Läkare ordinerar provtagning och redan där får de information om vilka boende som är misstänkt sjuka i Covid. Flera läkare och sjuksköterskor beskriver hur många blev lindrigt sjuka. I dessa fall bedömde sjuksköterskan att det inte behövdes en individuell läkarbedömning. Oftast beskriver sjuksköterskorna hur de följer rutiner för kontroller av vitala parametrar, men kontrollerna kan glesas ut på grund av låg bemanning och tidsbrist. Man kontaktar läkare för hembesök och individuell bedömning vid försämring eller när differentialdiagnostik behövs. De flesta sjuksköterskorna beskrev att tillgängligheten varit bra, däremot upplevde två av dem att det kunde vara svårt att få läkare att komma till boendet för en fysisk bedömning. En av sjuksköterskorna arbetar på ett korttidsboende med utökade resurser. Där finns god sjuksköterskebemanning och dagliga fysiska rondgenomgångar med läkare. Det är tydligt hur detta påverkat arbetet positivt avseende rutiner, kontroller av olika parametrar inklusive vätskeintag och nutritionsstatus och utrymmet för reflektioner.

Läkargruppen känner inte till något fall där boende avlidit i hemmet där det i efterhand framkommit att patienten borde skickats in till sjukhus. De anser att rutiner för bedömning och uppföljning av Covid-smittade nu fungerar bra. De sjukvårdande åtgärder som har kunnat erbjudas är inhalationsbehandling (i optichamber), läkemedelsbehandling och på vissa, särskilt utsedda, korttidsboende även syrgas. På dessa har man haft bättre tillgång till läkare och högre sjuksköterskebemanning. Hit kan patienter skickas som har ett palliativt beslut men är i behov av mer vård än som kan erbjudas på det egna boendet eller i hemmet.

När det gäller möjligheten att ge vätska intravenöst är det en blandad bild som ges. Enligt läkarna skall regionen ha gått ut via MAS-nätverket med tydliga riktlinjer om att detta skall kunna erbjudas. Ändå beskriver flera läkare att det inte är en självklarhet. En läkare hamnade i diskussion med kommunens MAS när dropp ordinerades. En annan läkare säger att det är en ”kulturfråga” och vidare att dropp kan ges på det ena boenden hen rondade men inte på det andra. Även sjuksköterskorna bekräftar denna spretiga bild.

Utöver ovanstående har de som insjuknat i Covid-19 erbjudits kontakt med arbetsterapeut, att andningsträna genom att ”PEF-peepa”, sitta i comfortstol och mobila teamen har i några länsdelar kunnat bidra med att ge antibiotika intravenöst samt bistå med syrgas och bedömningar vid behov. Det några sjuksköterskor skulle önskat mer av var en större möjlighet till hembesök av fysioterapeuter för hjälp med andningsgymnastik och mobilisering.

### **3.4 Kort om personalsituationen**

Några av kommunsjuksköterskorna har upplevt att det saknats personal. På ett boende hade flera i personalgruppen blivit sjuka vilket skapade ett tryck på de som var kvar. Det har varit svårt att fylla vakanser enligt en kommunsjuksköterska, hon beskriver ändå hur hon uppskattade att ledningen försökte. I normalfall kan det finnas en sjuksköterska i hela kommunen kvällar och nätter. Uppgifter framkom att det på några boenden har varit personal som inte klarat av eller velat arbeta vidare med Covid-smittade av rädsla för egen smitta. Delar av personalstyrkan har bytts ut, och det har fungerat mycket bättre när bemanningen byggts på frivillighet. Läkarna beskriver att de tycker det är positivt med den ökade tillgänglighet gentemot äldreården de nu har men att den inte är möjlig fortsättningsvis utan omprioritering.

### **3.5 Vad innebär egentligen ett palliativt beslut?**

Flera av de vi pratade med funderade över om det finns en konsensus runt vad palliativ vård innebär. Nedan följer några reflektioner från de samtal vi haft.

En sjuksköterska uppfattar tolkningen av begreppet som läkarbundet, en annan beskriver det som en process där beslut omprövas dagligen och där olika åtgärder är aktuella under processen. En tredje sjuksköterska uppger att på det vårdboende hon arbetar på är alla CFS 7 (Clinical frailty scale) och då ”är man” palliativ.

På ett boende hade man genomfört palliativa bedömningar i ett tidigt skede av pandemin. Det upplevdes svårt men underlättades av att läkaren kände alla de boende. De anhöriga kontaktades till stor del av sjuksköterskan och vid behov av läkaren. På detta boende var det konsensus att någon med ett palliativt beslut skulle vårdas i sitt boende så långt som möjligt.

En läkare beskriver hur en patient med beslut om palliativ vård skall ses som en VIP-patient. En annan läkare beskriver att man på de boenden som rondas av hen har ett brytpunktsamtal vid inskrivning. Det är inte alltid det fattas ett palliativt beslut då – det hela är en process där anhöriga är involverade.

En sjuksköterska beskriver en situation där hennes bedömning att en boende befann sig i livets slutskede ifrågasattes och läkaren ordinerade åtgärder som kändes onödiga utan att träffa patienten innan. Patienten avled några timmar senare.

En läkare beskriver en ”rädsla” för att aktivera palliativa beslut utan att tydligt specificera i journal vad det innebär i behandlingsinskränkningar samt vad som fortfarande skall göras. Hen försökte vara väldigt tydlig i detta för att det inte skulle bli ”fel”.

Det berättas också om anhöriga som hör av sig och vill försäkra sig om att mamma eller pappa får vårdas kvar i sitt eget hem, man vill inte utsätta sin anhörige för en flytt.

### **3.6 Etisk stress**

Både sjuksköterskor och läkare beskriver flera situationer där de upplevt etisk stress. Utöver det som nämns ovan lyfter två sjuksköterskor den mediala bild som i skrivande stund ges av hur man ”avlivar äldre” på Sveriges äldreboende. De känner inte igen sig i den bilden och inte heller i beskrivningen av gamla som ligger och kvävs.

Det beskrivs också hur man på en liten ort blivit stigmatiserad av att arbeta med Covid-smittade. Man har fått höra att man bär på smittan eftersom man jobbar på ett drabbat boende. Även barnen har fått kommentarer om att man ska hålla sig från dem som har en förälder som jobbar på vårdboende.

## 4. Diskussion

Först och främst förtjänar det att påpekas att denna rapport inte är ett vetenskapligt arbete utan ett försök att fånga upp frågor och angelägna områden. Diskussionen blir utifrån de reflektioner och delade upplevelser vi har fått av enbart tretton personer med olika uppdrag och förutsättningar i vårt län. Det är en väldigt liten grupp vilket medför att inga generella slutsatser kan dras utan den diskussion som förs är snarare tänkt att identifiera frågor som behöver analyseras vidare. **Alla vi har pratat med har arbetat mycket hårt i en pressad situation på stundtals oklara premisser och med snabbt informationsflöde.**

Den situation som beskrivs i det initiala skedet ter sig kaosartad. Byte av arbetsplats och arbetsuppgifter, oro och rädsla, mycket information, snabba rutinändringar, styrsignaler från flera håll och en snabb utveckling av kunskapsläget är delar av det som fångas upp. Hur påverkar detta beslutsfattandet som sker nära patienten/brukaren? Hur hanteras en situation där det som är sanning idag inte stämmer om två veckor? En förutsättning för att hantera situationen på ett bra sätt verkar vara att det finns en bra kommunikation och gott stöd ifrån ledningsfunktioner, ett fungerande samarbete mellan de läkare och sjuksköterskor som arbetar ihop samt för distriktsläkarna ett bra samarbete med sjukhuset. Trots detta verkar pressen varit stor – inte minst på sjuksköterskorna som fått hantera mycket oro i personalgrupperna och ifrån anhöriga.

Läkargruppen beskriver en stress över att kunskapsläget ändrat sig snabbt vilket medfört att beslut som initialt upplevdes ”rätt” i efterhand visade sig vara ”fel”. Det verkar inte som att det funnits några formella forum för att diskutera utan snarare att lösningen på dilemmat har varit snabba rutinförändringar som kommunicerats ut från centralt håll. Frågan är om det skulle kunna kompletteras med exempelvis digitala veckoavstämningar och eller webinarier?

En fråga som uppstår är varför det inte fanns vårdplaner och förankrade palliativa beslut och planering i tillräcklig utsträckning för boende på äldreboende och patienter inskrivna i hemsjukvården. Nu blev detta ett arbete som genomfördes under stressade former som ett led i förberedelserna. I efterhand uttrycker flera läkare att de ser ett behov av att ha nuvarande tillgängligheten och förstärkning mot äldreomsorgen kvar men menar att det kan vara svårt på grund av tidsbrist när verksamheterna återgår till det normala.

Avseende sjukvårdande insatserna som erbjuds inom hemsjukvården och på vårdboende verkar det som att fungerande rutiner för bedömning, uppföljning och behandling nu är på plats. Däremot får vi flera olika beskrivningar av hur det praktiskt

går till. På de flesta ställen verkar läkare ha varit lättillgängliga och kommer på hembesök när sjuksköterskan bedömer att det behövs men inte överallt. Eftersom läkaren blir inkopplad redan vid misstanke om Covid-19 när prov tas har man redan tidigt en etablerad kontakt. En fråga som specifikt togs upp var möjligheten att ge intravenös vätska. De läkare vi pratat med uppger att det i vissa fall gjorts men då ofta med påtryckning. En förklaring vi får är att motståndet kan bero på kultur på vårdboendet. Deras bild är vidare att det inte finns något större behov.

En förutsättning för att verksamheten skall fungera är att både den formella och reella kompetensen och resurserna på plats är tillräckliga. Från några håll fick vi signaler att rutinkontroller inte hunnits med eller att man saknade sjuksköterskor och personal på grund av sjukdom. En reflektion som är lätt att få utifrån hur olika bilder som gavs från det förstärkta korttidsboendet i relation till övriga boenden är att man verkar har vant sig vid att arbeta utifrån de resurser man har.

Palliativa beslut är ett begrepp som diskuterats flitigt i media den senaste tiden. Bland de personer vi pratar med framkommer en spretig bild av hur man ser på och hanterar det palliativa begreppet. Vi får också en beskrivning av en läkare där man ifrån ledningshåll signalerat behov av att vara generös med att aktivera palliativa ordinationer även för de i tidig palliativ fas, för att sedan avaktivera när pandemin är över. Det är ett av flera exempel kopplat till palliativ vård som har medfört etisk stress för de vi talat med. Det har beskrivits en rädsla för att ha gjort fel, stress över att ha fattat beslut på kunskap som förändrats över tid, en upplevelse av att ha bidragit till att behandla ”för mycket” i livets slutskede med mera. På de enheter där sjuksköterskor beskrev en bra dialog och kontinuitet med läkare verkade problemet möjligen vara mindre.

## 5. Till sist...

Det är lätt att bli ödmjuk inför de situationer och upplevelser de som har deltagit i dialogen beskriver. Väldigt många i vården gör just nu ett fantastiskt arbete med att skapa trygghet och erbjuda en god vård utifrån de förutsättningar som finns till hands. Trots detta finns som alltid delar som kan förbättras. I ett försök att lyfta de funderingar som uppstått har vi överst i rapporten samlat ett antal frågor som skulle behöva belysas ytterligare. Avslutningsvis ett stort tack till alla som deltagit med sin röst och sin historia från verkligheten.