

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 3 • 2014

TEMA:

Dödsplats Sverige



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Ett litet kraftpaket — nu som shots!

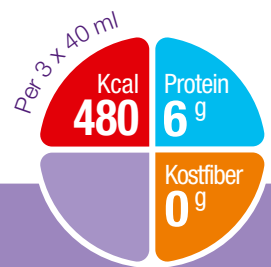
Många patienter i vården behöver mer energi än de har möjlighet att få i sig via kosten. Det kan vara **äldre med sjukdomsrelaterad undernäring** eller patienter med **cancer, KOL, anorexi, cystisk fibros eller HIV**.

Undvik mineral- och vitaminbrist!

Särskilt utsatta patienter behöver något med **högre energitäthet** än vanliga kosttillsätt. Med Calogen Extra får patienten i sig mycket energi men även **protein, mineraler och vitaminer**. Någonting alldeles extra.

Säkrare helt enkelt

Med färdiga shots blir det aldrig några tvivel om hur mycket patienten får i sig. Det blir **alltid rätt dos** och bibehållen eller **förbättrad compliance**. En färdig och försluten dos garanterar dessutom **god hygien** och innebär en **mer ekonomisk administrering**. Den rätta volymen **passar bra vid medicinutdelning**, även för patienter i hemmet, då det **inte föreligger någon förväxlingsrisk** med andra kosttillsätt. Något extra helt säkert.



Tre shots om
dagen = **480 kcal**

Calogen Extra finns både i **flaska (200 ml)** och som **shots i 6-pack** (6 x 40 ml). Rekommenderad dagsdos **3 x 40 ml** ger patienten **vitaminer och mineraler** som motsvarar **37% av RDI**.



Nutricia
Tel: 08-24 15 30
E-post: info@nutricia.se
www.nutricia.se

NUTRICIA
Calogen®
Extra

Dödsplats Sverige

Ja, det låter som om vi alla i Sverige ska dö. Och det är precis så det kommer att bli - vi kommer alla att dö - men inte alla på en gång. Varje år dör drygt 90 000 människor här i landet och av dessa beräknas cirka 80 procent vara dödsfall som är förväntade. Av de som dör en förväntad död är det många som skulle ha god nytta av palliativ vård. Det är fortfarande långt ifrån alla som får den vård de behöver - men vi är på väg.

Vi har länge gömt undan döden, inte ens talat om den och rent av inbillat oss att den inte kommer att drabba 100 procent av befolkningen. Ibland formuleras olika forskningsresultat som om vi kunde "minska den totala dödligheten". Men det pågår en förändring av attityden till att öppet tala om döden. Det har varit mycket i media under det senaste året, humorserier som handlar om döden, en hel programserie på SVT med döden som tema, radiodokumentärer, bloggar, böcker och sommar-

program och frågan tas upp i många intervjuprogram. Det innebär att vi är på väg att återta döden som en del av livet.

Vi har i Sverige bestämt att vården ska vara jämlik. Det ska inte vara någon skillnad oavsett var vi bor eller vilka vi är - alla har vi rätt till god och lika vård även i livets slutskede. Är det så? Hur ser det ut när vi möter döden i stad och land, gammal och ung? Det är svåra frågor att besvara och några entydiga svar finns inte heller i den tidskrift du nu håller i din hand.

Vi har sett fram emot att få göra det här numret som tar upp några viktiga aspekter på döden och döendet. Det är många frågor som behöver belysas. Lite historik och filosofiska funderingar hjälper oss att få perspektiv, liksom att få exempel från flera delar av landet på hur döendet hanteras på olika vårdformer. Men vi kan konstatera att vi täcker långt ifrån allt. Vi har exempelvis

inte tagit upp de redskap som numera finns för en bättre vård i livets slutskede såsom Palliativregistret, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 - 2014, Socialstyrelsens kunskapsstöd och riktlinjer.

En annan av de många frågor vi gärna vill fördjupa oss i är hur det är att vårdas och dö i ett främmande land. Vi återkommer med temanummer om det nästa år.

Med detta sagt hoppas vi kunna bidra till ökad kunskap men också till att frågan om döden får en större och mer självklar plats i våra liv - att den blir något att samtala och fundera kring.



Sylvia Stauter, Chefredaktör

Innehåll

- 4 **Tema:**
Dödsplats Sverige
- 8 **En föränderlig död**



- 10 **Skogskyrkogården**
- 14 **Dödsannonser**
- 16 **"Låt den födande föda och den döende dö"**
- 18 **"Kortidsdöda"**



- 12 **Naturlig andlighet** - Samerna är Europas enda ursprungsfolk. Följ med till Lappland där det nära förhållandet till naturen påverkar traditioner kring död och begravning.

- 23 **Unik palliativ hjärtvård**
- 24 **H 1924 - 2014**
- 25 **Palliativ sjuksköterska i glesbygd**
- 26 **Alternativ till morfin**
- 28 **Patientfallet: Olle**
- 30 **Debatt: Döende ska få bättre vård**
- 32 **Krönika: Ulf Durling**
- 37 **Medlemssidor**



Sven Ljungberg, Almlöfs förlag, www.almlofs.se



TEMA:

Dödsplats Sverige

D

Döden var vanligare förr

Den bodde i samma hus som vi

Den gick genom samma dörr

Nu märker vi den knappt om den vandrar förbi

Det tycks som om den inte längre fanns

Döden har flyttat någon annanstans

Torgny Lindgren
Ur ABC-bok

Dödsplats Sverige

TEXT: OLAV LINDQVIST & CARL JOHAN FÜRST

Rubriken dödsplats Sverige kan kanske låta lite märklig, till och med nästan brutal. Kanske för det tanken till någon svensk bäst-säljare i deckarbranschen. Men just nu och här betyder det helt enkelt: Var någonstans i Sverige dör de flesta människorna och vad vet man om detta?

AV DE DRYGT 90 000 personer som avlider i Sverige varje år är nästan 90 procent 65 år eller äldre. De allra flesta, drygt 40 procent, dör i hjärt- och kärlsjukdomar och ungefär 25 procent avlider med en tumörsjukdom som underliggande dödsorsak.

VI VET ATT NÄSTAN alla som avlider idag dör en förväntad död. Ett döende utdraget i tid och ofta förenat med flera olika diagnoser. Det skiljer sig starkt från den död vi läser om i deckare och i media; tragiska olyckor, mord och ibland självmord.

Var?

I Sverige där det mesta registreras och dokumenteras har vi förvånansvärt dålig koll på var människor avlider, statistiken från Socialstyrelsen är tyvärr osäker. För varje person som dör ska en ansvarig läkare fylla i och under-teckna ett Dödsbevis och Dödsorsaksintyg. Dödsorsak, tidpunkt och typen av dödsplats ska anges (Sjukhus, Sjukhem eller särskilt boende, Privat bostad, Annan/okänd). När det gäller dödsplats görs inte detta tillräckligt noga vilket leder till att vi inte säkert kan använda informationen. Däremot finns det siffror för hur stor del av befolkningen som avlider på sjukhus. Liknande uppgifter finns från de flesta länder i EU

”Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma?”

För cirka tio år sedan publicerade Socialstyrelsen en studie där en enskild kommun valdes ut. Man studerade alla över 64 år som avlidit mellan åren 1997 och 2003. Det visade sig att av de drygt 1 000 avlidna var andelen som avlidit på sjukhus tämligen konstant under tidsperioden, runt 30 procent. Andelen avlidna i särskilt boende ökade från 32 till 52 procent, och de som avled i det egna hemmet minskade från 34 procent 1997 till 15 procent 2003. En anledning till förändringen troddes vara att, till följd av färre platser i särskilda boenden, var de som bodde där

både äldre och sjukare under den senare delen av tidsperioden. Det har gått tio år sedan den här studien presenterades. Tror vi att det ser ungefär likadant ut idag, det vill säga att de flesta faktiskt dör inom kommunala boendeformer exempelvis i vård – och omsorgsboenden?

I EN SENARE studie över andelen avlidna över 64 år på sjukhus respektive utanför sjukhus för åren 1987-2005 fann man liknande resultat. Andelen som avled utanför sjukhus steg från knappt 30 till 60 procent. Denna förändring gällde framförallt de allra äldsta. Detta var sannolikt en avsedd effekt av den så kallade Ädelreformen (1992) då man delade upp ansvaret för vården av de äldre mellan landstingen och kommunerna. Men under samma period skedde även andra förändringar som kan ha påverkat utvecklingen, till exempel att antalet sjukhussängar minskade med nästan hälften mellan 1992 och 2003.

SÅ SLUTSATSEN BLIR att det skett en stor förändring vad gäller dödsplats i Sverige under de senaste årtiondena för personer som är över 64 år.

Vårt ”eget” register

Svenska Palliativregistret har som mål att alla förväntade dödsfall ska registreras. Vi är ännu inte framme vid det målet. För 2013 inrapporterades drygt 66 procent av alla dödsfall i Sverige till registret och vi kan använda dessa resultat för att få en bild av det aktuella läget. Enligt Palliativregistret har 40–50 procent avlidit i kommunala boendeformer, 35–40 procent på sjukhus, och strax under tio procent inom den specialiserade palliativa vården, det vill säga specialiserad palliativ hemsjukvård, palliativa slutenvårdsenheter och hospice.

Dessa siffror betyder att det egna hemmet är dödsplats för mindre än tio procent av befolkningen.

Var vill vi då dö?

Vi som arbetar i vården vet att det är en svår fråga för dem



Sjukhus



Särskilt boende



Enskilt boende

Förändring av dödsplats i sydsvensk kommun mellan 1997 och 2003 för personer över 64 år

som vi vårdar. Långt ifrån alla patienter vet svaret, det beror på så många faktorer. Man kan anta att tillgång till trygg vård är viktigt. De praktiska möjligheterna och närståendes förmåga och ork kan också spela in. Och finns det överhuvudtaget något val? Är det etiskt riktigt att ställa frågan om valet inte finns i verkligheten? Men man kan ju självklart ha en önskan även om den inte alltid går att uppfylla. Vi vet också att man kan ändra uppfattning under sjukdoms- och vårdförloppet.

VI HAR HITTILLS haft begränsad kunskap om hur det ser ut i Sverige, men i början av 2014 genomfördes en opinionsundersökning om vad allmänheten vet om palliativ vård. En webenkät besvarades av drygt 2000 personer mellan 18 och 66 år runt om i landet. Två av frågorna handlade om var man tror att människor vill vårdas när de är i behov av palliativ vård, och var de vill dö. En övervägande majoritet uppgav det egna hemmet i båda fallen, till och med i något större omfattning, drygt 70 procent, när det gäller var personer som har behov av palliativ vård helst vill dö. Detta är något som bekräftas av andra studier, och så är det kanske för de flesta friska personer. Men synen på var vi vill vara i livets slutskede förändras av att själv bli sjuk eller av att ha en sjuk anhörig, när sjukdomen förvärras och behovet av vård ökar.

MEN DET ÄR viktigt att skilja på frågorna: platsen vi vill vårdas på när vi drabbas av livshotande sjukdom och var vi önskar att dö är inte med automatik densamma. Något som sannolikt förändras över tid av till exempel funk-

tionsförmåga, tillgång till närståendevårdare och hemsjukvård, ålder och boendeform.

I den bästa av världar...

Det är nog ganska säkert att dödsplats Sverige – hur det ser ut idag – inte stämmer överens med vad varje enskild människa i livets slutskede skulle vilja. Hur bra är vi på att ställa frågan och lyssna på svaret? Har vi de resurser som krävs för att följa patienternas önskan? Och hur bra är vi på att hantera situationen när önskan inte går att uppfylla eller när patienten och de närstående har olika viljor?

FRÅGORNA UTMANAR VÅR egen kompetens och förmåga men det är också avgörande hur vi fördelar, nyttjar och samverkar kring de totala resurser vi har.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Olav Lindqvist
Leg. sjuksköterska, med.dr.,
Umeå universitet samt projektledare
och forskare vid LIME Karolinska
Institutet



Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin
Palliativt Utvecklingscentrum vid
Lunds Universitet och Region Skåne

En föränderlig död

– en historisk betraktelse om föreställningar om döden

TEXT: JONAS ENGMAN

Döden och själva dödsstunden har varit, är och kommer alltid att vara, föremål för föreställningar och tankar.

VI OMGES AV berättelser om anhöriga som visar sig efter döden. Ett vanligt berättarmotiv är att en fågel sätter sig på till exempel fönsterbläcket, tittar in för att sedan flyga sin väg. Ibland berättas det om fågeln som ett varsel, ibland visar sig en fågel när en person har avlidit. Men många av dessa motiv har starka drag från det nordiska förindustriella samhället, och somliga motiv tycks nästan vara universella.

Döden i bondesamhället

Vid döden lämnar själen kroppen. Ungefär så kan den västerländska kristna föreställningen om döden formuleras. Föreställningen bygger på att en människa består av en dualitet av kropp å ena sidan och själ å den andra. Själva människans sanna essens finns i själen – kroppen, skalet - lämnar hon kvar på jorden, en föreställning som grundar sig i bondesamhällets syn på döden.

I DET SVENSKA bondesamhället innebar döden löfte om ett nytt liv i himmelriket och i den världen var döden inget slut. Tvärtom berättades det om gengångare som efter att ha fått 'en dålig död', gick igen. En 'dålig död' kunde vara att kistan ramlat snett, eller man hade glömt att lägga mynt på ögonen som skydd för själen. Kanske hade man underlåtit att lägga en sax på den dödes bröst som skydd mot onda krafter eller tappat liket. I ett fall berättas det om två snickare som efter att ha färdigställt kistan spelat kort på kistans lock. Därefter kunde man se kvinnan ett år efteråt, som gengångare. Det gällde att förhindra att den döde gick igen.

I FOLKSÄGNERNA FÅR den dödes själ frid först när kistan rättats till, mynten lagts rätt eller den klumpige bett den döde om förlåtelse. Först när ordningen återställts kan den döde gå vidare till salighet.

I många fall var sjukdomsförklaringar knutna till möten med de dödas andar. Det var fullt möjligt att man i skogen kunde träffa på en gast och att man blev sjuk av det mötet – gastkramad.

En 'dålig död' kunde vara att kistan ramlat snett, eller man hade glömt att lägga mynt på ögonen ...

Gastkramning stod för en mängd ofta hastigt uppkomna sjukdomstillstånd, till exempel feber, illamående och yrsel. Till skillnad från gengångarna var gaster som regel inte identifierade med någon person, utan kan beskrivas som osaliga andar. En del gaster besvärade inte människor om de kunde begravas i vigd jord, men då måste man veta vilken religion den döde haft. Det finns berättelser om ilandflutna drunknade sjömän där det varit svårt att veta var liket lämpligast borde begravas för att själen kunde få frid.

Döendet och den döda kroppen

Ganska ofta nämns i uppteckningar att ett ljusken syns kring den döende. I andra berättas att när en person höll på att ta sitt sista andetag, så syntes en vit och en svart tupp slåss på gårdsplanen, en vildsint kamp mellan det goda och



Kroppen av en äldre kvinna som väntar på begravning. Det är mitt i vintern och snön faller på ansiktet.



Det gripande porträttet av den avlidne lille pojken är ännu ett exempel på att döden var närvarande. Uppställningen kring kistan, med stela ansiktsuttryck speglar sannolikt villkoren för den tidens fotografering, inte de närvarandes känslor av sorg och smärta.

onda. I Värmland berättas om en döende präst som på dödsbädden besöktes av en vit katt som slog sig ner vid huvudgärdan och en svart katt som lade sig vid fotändan. I en annan uppteckning berättas om en gammal man som efter sista smörjelsen levde en tid, men när han väl dog så for ett eldklot hastigt genom rummet. Andra motiv är att lampor slocknar vid dödsögonblicket, en vindpust går genom rummet eller att klockan stannar. Om dödskampen varit särskilt svår, bröts synålar över den döende eller så satte man en ljusstump i handen på honom eller henne.

Den döda kroppen hanterades med försiktighet. Ofta var det barnmorskan(!) som beredde den dödes kropp. Bara hon visste hur man bäst hanterade det magiskt laddade likvattnet, som inte fick kastas ut hursomhelst.

Döden och döendet var en fråga för lekmän. Sällan eller aldrig kom någon läkare. Liket togs om hand av sockenbor, liktalet – även kallat utfärdspredikan – hölls av en betrodd person i socknen, inte nödvändigtvis av prästen. Ansvaret för att ta hand om den döde cirkulerade i så kallade gravalag, vilket gjorde likhanteringen kostnadsfri. En bonde eller kanske torpare gjorde kistan, ytterligare någon ansvarade för liktransporten och någon annan i laget grävde graven. Naturligtvis utfördes begravningen av prästen och den var utan undantag kyrklig. Fram till mitten av 1600-talet arrangerades likvaker som en gemensam angelägenhet.

Begravningen

Längre tillbaka var den dödes kropp i högsta

grad inkorporerad bland de levande, ibland under ganska lång tid: Man måste ibland vänta med begravningen till dess att tjälen släppt framåt våren. Tills dess stod den döde lik i ett uthus eller en bod. Man ordnade likbesiktning, åtminstone i mer burgna hushåll. Den döde kläddes fin, pryddes med blomster och ibland finföremål. När fotografiet började bli vanligare mot slutet av 1800-talet, avfotograferades ofta den döde, liggande i kistan på gårdsplanen eller inomhus.

LÅNGT IN PÅ 1900-talet i Norden föreställde människor sig att döden innebar ett nytt liv, och att döden inte var slutgiltig. Begravningen var högtidlig, mörk och sorgfylld. Idag förändras begravningsskick och begravningen utformas alltmer efter personliga önskemål. Vi ser allt fler begravningar som präglas av religiösa uppfattningar som inte är protestantiska. Döendet individualiseras alltmer i vårt senmoderna samhälle.

Fotografierna är ur Nordiska museets bildsamling.



Jonas Engman

Fil. dr,
chef för Nordiska
Museets arkiv

Skogskyrkogården - ett världsarv

När Skogskyrkogården skapades i början av 1900-talet var ambitionen att göra något speciellt och banbrytande - en begravningsplats där natur och arkitektur bildar en harmonisk helhet.

HISTORIEN OM Skogskyrkogården inleddes då Stockholms begravningsplatser inte räckte till utan måste utökas. En internationell arkitekttävling utlystes 1914 där de tävlande skulle ta vara på områdets topografi och skog.

Nytt tänk

Dåtidens begravningsplatser brukade utformas som "De dödas trädgårdar" med storslagna parker, alléer och pampiga gravar som ett slags manifest till de döda. Stockholms stads kyrkogårdsnämnd hade en strävan att istället skapa en begravningsplats som hade landskapet som utgångspunkt.

MEN DE TÄVLANDE fick för den skull inte göra avkall varken på överskådligheten eller på den arkitektoniska formen och den konstnärliga utsmyckningen. Allt måste harmonisera. Området skulle också vara lättorienterat för besökaren. Totalt 53 förslag kom in. Men på grund av första världskriget var merparten av förslagen inhemska och de flesta gick direkt i papperskorgen. Förslagsgivarna hade inte förstått tanket bakom den nydanande kyrkogården.

FÖRSTA PRIS GICK till de 30-åriga arkitekterna Gunnar Asplund och Sigurd Lewerentz för "Tallum" som var det enda förslaget som gjorde den nordiska skogen till huvudupplevelse. Ändå måste deras förslag omarbetas en hel del innan utbyggnaden av Skogskyrkogården kunde börja 1917.

Framstående konstnärer

På den tallbevuxna rullstensåsen växte under de kommande två decennierna begravningsplatsen fram. De både arkitekterna skapade ett he-

ligt landskapsrum med flera kapell arrangerade i samspel med naturen. Själva gravplatserna ordnades i kvarter inne i tallskogen.

Några av Sveriges främsta konstnärer medverkade också till den konstnärliga utsmyckningen, bland annat Sven "X:et" Erixson, Carl Milles och Otte Sköld.

Harmonisk enhet

1940 invigdes Skogskyrkogårdens krematorium med tre tillhörande kapell - Trons, Hoppets och Heliga korsets kapell.

DEN UNIKA BEGRAVNINGSPLATSEN var nu fullbordad. Den bildade en harmonisk enhet av natur, arkitektur och konstnärlig utsmyckning - helt olikt de stora städernas begravningsplatser med ändlösa rader av monument.

BARA FYRA MÅNADER senare dog Gunnar Asplund. Lewerentz var också borta från Skogskyrkogården efter att ha avskedats några år tidigare. På sätt och vis var det tursamt. Därmed kunde Skogskyrkogården "frysas" i sin originaltappning och eventuella krav på anpassningar till nutiden kunde avfärdas.

RESULTATET BLEV ATT allt in i minsta detalj fortfarande är bevarat enligt de gamla ritningarna. Lewerentz återupptog senare samarbetet med Skogskyrkogården och ritade bland annat minneslunden.

1994 UPPTOGS SKOGSKYRKOGÅRDEN på Unescos världsarvslista över omistliga kultur- och naturmiljöer för hela mänskligheten. Utnämningen till världsarvslistan innebär att Skogskyrkogården ska vårdas och bevaras för framtida generationer.



Foto: Susanne Hallmann och Ioana Marinescu, Kyrkogårdsförvaltningen Stockholms stad

Skogskyrkogården anses vara ett lysande exempel på så kallad "upplevelsedesign".

MOTIVERINGEN VAR ATT Skogskyrkogården är ett framstående exempel på hur arkitektur och ett formgivet kulturlandskap från vårt århundrade sammansmälts till en kyrkogård. Skogskyrkogården har haft ett stort inflytande på utformningen av kyrkogårdar över hela världen och blev det andra kulturarvet från 1900-talet. Övriga kulturarv var betydligt äldre.

SKOGSKYRKOGRÅDEN ÄR TYDLIGT influerad av den då rådande tidsandan - svensk-romantisk med mjuka kullar, rymd och frihet. Den vackra naturen är noggrant utformad för att vara helande för de sörjande. Naturen vägleder besökaren genom avskedsceremonin och därefter gradvis tillbaka till det egna livet igen. En helhet som skildrar livets och dödens eviga kretslopp.

LEWERENTZ ARBETADE också mycket med kon-

trasterna i landskapet. Med höjder och sänkor, mörker och ljus samt kontrasterande växtlighet. Att forma begravningsplatsen efter naturens olika kontraster var också ett av kriterierna för den arkitekttävling som Lewerentz och Asplund vann.

SKOGSKYRKOGRÅDEN ANSES vara ett lysande exempel på så kallad "upplevelsedesign". När arkitekterna designade landskapet och byggnaderna utgick de från besökares upplevelse - begreppet och känslorna kring sorg.

DETTA MÄRKS PÅ flera sätt. Bland annat skapades processionsvägar för hur de sörjande ska gå i landskapet till kapellen för att komma i rätt stämning inför avskedsceremonin. Efter avskedet leds de sörjandes uppmärksamhet mot naturen för att på så vis försona dem med sorgen.

VID SJU BRUNNARS stig mot Uppståndelsekapellet kantas vägen först av björk och sedan av barrträd ju närmare de sörjande kommer kapellet. Tanken är att de på så vis ska bli mer och mer vemodiga ju närmare de kommer kapellet och avskedsceremonin. Efter ceremonin leds de sörjande ut ur kapellets västra port för att gå en annan väg tillbaka. Det ska hjälpa de sörjande att släppa



Foto: Susanne Hallmann och Ioana Marinescu, Kyrkogårdsförvaltningen Stockholms stad

sorgen och gradvis gå tillbaka till sina vanliga liv igen.

ÄVEN SKOGSKAPELLETS processionsväg genom skogen är tydligt genomtänkt. Skogen närmast runt omkring kapellet tätnar avsevärt vilket ska hjälpa de sörjande in i rätt stämning. Inne i kapellet är det ljust från den cirkelformade takkupolen vilket skapar en annan sinnesstämning. Också här leds de sörjande ut i landskapet en annan väg så att de kommer ut i ljuset och det öppna landskapet.

ANDRA EXEMPEL PÅ den så kallade upplevelsedesignen är trapporna upp till Meditationslunden. Ju högre man kommer i trappan desto lägre blir varje trappsteg. Detta är för att besökaren inte ska bli uttröttad av stigningen utan känna ett lugn när hon eller han når själva meditationsplatsen.

I MOTSATS TILL andra samtida kyrkogårdar är gravarna små. Ingen grav skulle vara större än någon annan för

att visa att alla människor är lika inför döden.

ÄVEN MÅNGA SMÅ detaljer är omsorgsfullt genomtänkta. Bland annat är bänkarna i och kring Skogskrematoriets tre kapell utformade så att de inte är helt raka utan har en liten knyck på mitten. Detta är för att de sörjande inte ska känna sig ensamma i den svåra stunden utan att de ska kunna se var-

andra och känna gemenskap.

GENOM ATT HA landskapet och barrskogen som utgångspunkt har Skogskyrkogården formats till en begravningsplats som fokuserar på sorgprocessen. Arkitekternas mål var att ge de sörjande något i deras svåra situation - att väcka känslor och tankar samt skapa möjligheter att få leva ut.

Skogskyrkogården är med sina 102 hektar Sveriges näst största begravningsplats, den rymmer cirka 100 000 gravplatser.

Varje år hålls över 2 000 begravningsceremonier.

Begravningsplatsen omfattar en krematorieanläggning, fem begravningskapell och en ceremoniplats utomhus.

Förutom den största kristna protestantiska delen av kyrkogården finns två muslimska och två ortodoxa områden. Dessutom finns mindre områden för bahajer, mandier och katoliker. Judiska församlingens begravningsplats, Södra judiska begravningsplatsen ligger i anslutning till Skogskyrkogården men tillhör inte världsarvet.

Texten är hämtad från www.skogskyrkogarden.se

Demenssjukdomar allt vanligare dödsorsak

Dödligheten i demenssjukdomar har ökat sedan slutet av 80-talet och var 2013 fyra gånger så vanlig, enligt den senaste dödsorsaksstatistiken från Socialstyrelsen.

Dödligheten i demenssjukdomar har ökat från omkring 100 per 100 000 invånare 1987 till drygt 400 /år 2013. En delförklaring kan vara att läkarna har blivit alltmer benägna att rapportera demens som dödsorsak, enligt rapporten.

Den totala dödligheten har sjunkit de senaste 20 åren.

Hjärt-kärlsjukdomar var 2013 fortfarande den vanligaste dödsorsaken, 38 procent för kvinnor och 37 procent för män, men färre dör av den anledningen numera jämfört

med i slutet av 80-talet.

Näst vanligaste dödsorsak är tumörsjukdomar, 24 procent.

Utbildningsnivå är kopplad till dödsorsak. Bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning är dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar mer än dubbelt så hög som bland kvinnor med eftergymnasial utbildning.

Elisabet Ohlin

Läkartidningen. 2014;111:CZ9Y Läkartidningen.se 2014-08-21

Vill du beställa fler exemplar av tidskriften Palliativ Vård?

Hantera din prenumeration och dina beställningar på vår hemsida: www.nrpv.se

Har du några nyhetstips till oss?

Vi ser fram emot synpunkter på innehåll och gärna förslag till artiklar och temanummer.

Hör av dig till: info@nrpv.se

Tips?

NYHET!

Beräkna MEDD!

(Morphine Equivalent Daily Dose)

Nu finns det en enkel beräkningsapplikation för doskonvertering mellan olika opioider och metadon.



Scanna in QR-koden med din smartphone/surfplatta för att använda applikationen, eller besök: www.smartlindring.se/vardpersonal

❖ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

www.smartlindring.se

Metadon Recip (metadon). ATC: N07BC02 Indikation: Svåra smärttillstånd. Ingår i förmånssystemet. Receptbelagt. För övrig information, var god se www.fass.se
Förpackningar: Metadon Recip. VNR: 129809 Injektion Metadon Recip 10 mg/ml 10 x 1 ml. VNR: 138826 Tablett Metadon Recip 10 mg 25 st. VNR: 527853 Tablett Metadon Recip 10 mg 100 st. Datum för översyn av produktresumé: 2009-11-27. **Referenser:** 1) Gutstein HB, Akil H. Opioid analgesics. In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, eds. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 11th ed. McGraw-Hill; 2005: 547-590. 2) Ebert B, Andersen S, Krogsaard-Larsen P. Ketobemidone, methadone and pethidine are non-competitive N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonists in the rat cortex and spinal cord. Neurosci Lett 187 (3): 165-8, 1995. 3) Codd EE, Shank RP, Schupsky JJ, Raffa RB. Serotonin and norepinephrine uptake inhibiting activity of centrally acting analgesics: structural determinants and role in antinociception. J Pharmacol Exp Ther 274 (3): 1263-70, 1995. 4) Manfredi PL, Houde RW. Prescribing methadone, a unique analgesic. J Support Oncol. 2003; 1:216-220.



Dödsannonsen

TEXT: PER OLOV BLOM

Varje år dör mellan 90 000 och 100 000 personer i Sverige. Bakom de statistiskt torra siffrorna gömmer sig mängder av familjer och enskilda som genom ett nära dödsfall fått sin tillvaro mer eller mindre sönderslagen. Kring nästan varje avliden finns en krets nära anhöriga och bästa vänner. Grovt räknat är det cirka en halv miljon människor som varje år hamnar i kretsen av de "sörjande" och av dessa sörjande ska en mängd praktiska ting klaras av som hör till en begravning, till exempel att sammanställa en dödsannons.

DET FINNS EN lång tradition av att anhöriga meddelar dödsfallet genom att sätta in en annons i ortens tidning. Det är många som läser dödsannonser för att se om någon i bekantskapskretsen har gått bort. Man läser minnesverserna och funderar över symbolerna i dödsannonserna. Vad säger de om den avlidna?

DET VAR I början av 1800-talet som annonser om dödsfall började dyka upp i städernas tidningar. Men då i en starkt förenklad form och ännu inte i någon större omfattning. I den tidens annonser förmedlades enbart faktauppgifter, framförallt om själva begravningen. I början av 1900-talet hade annonseringen vid ett dödsfall etablerats som en tradition. Det vanliga svarta korset började synas i annonserna under 1940-talet och under 1950-talet förekom det i de allra flesta dödsannonserna.

TRADITIONER HAR ETT starkt grepp om våra föreställningar. Först 1976

dyker en annan symbol för första gången upp i en dödsannons.

En ros bröt traditionen. Men motståndet mot förändring var starkt. Nyårsafton 1977 i DN finns en blåsippa i en dödsannons. Författaren Bengt Nermans hustru hade gått bort. Hon hade önskat sig en blåsippa i sin dödsannons och så blev det.

Men i sitt svar skrev DN:s direktör: "...tidningens regler om typografi och illustrationer i dödsannonserna är mycket återhållsamma. Endast ett begränsat urval av kors och liknande symboler godtages. Den bakomliggande tanken har varit att undvika en vildvuxen utstyrelse i dödsannonserna i tron att de flesta önskar en enkel och värdig utformning av dessa annonser".

NYA TANKAR OCH idéer bara något tiotal år senare kom att helt förändra uppfattningen om hur en dödsannons kan se ut. Korset har funnits med in i

vår egen tid men förekommer numera i många olika former. Nu finns det otaliga andra symboler att välja bland. Blommor, fåglar, båtar, en sol, hjärtan och husdjur är vanliga. Symboler som knyter an till den dödes yrkesutövning eller fritidsintressen blir allt vanligare. Med en personlig symbol vill man skapa ett minne av den som gått bort och möjligheterna till en personligt utformad annons är många. Ännu ett uttryck för vår tids starka individualism.



BLAND MINNESVERSERNA går förändringen inte lika snabbt. I brist på egna ord sker valet ofta bland ett begränsat antal diktstrofer eller formuleringar. Flera annonser kan gälla en och samma avlidna person. Det kanske är en ersättning för de många kransar som förr var vanliga vid begravningar. Vi lever våra liv i många olika sammanhang. Arbetskamrater, vänner, grannar och bekanta annonserar med egna annonser för att med egna ord skicka "en sista hälsning". Och förändringens vindar fortsätter att blåsa över familjesidornas dödsannonser.



Per Olov Blom

Fil. kand. med etnologi som huvudämne

SVÅRKONTROLLERAD KRONISK SMÄRTA. ESKALERANDE OPIOIDDOS. FORTFARANDE ONT.

NÅGOT MÅSTE GÖRAS.



Metadon Abcur är en stark opioid som används vid behandling av svår kronisk smärta där endast opioider ger tillräcklig analgetisk effekt. Metadon Abcur har mindre sederande effekt än morfin.

För att underlätta långsam titrering och individuell dosering är tableterna delbara och finns i styrkorna, 5 mg och 20 mg.

ABCUR

Vi gör nödvändiga läkemedel tillgängliga

❖ **Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.**

N07BC02 (metadonhydroklorid) Rx, F Morfinliknande analgetikum. Namn: Metadon Abcur tablett 5 mg, 20 mg. Indikation Metadon Abcur 5 mg: Underhållsbehandling till opioidberoende patienter parallellt med medicinsk och psykologisk behandling och social rehabilitering. Behandling av svår kronisk smärta där endast opioider ger tillräcklig analgetisk effekt. Indikation Metadon Abcur 20 mg: Behandling av svår kronisk smärta där endast opioider ger tillräcklig analgetisk effekt. Effekter på förmågan att framföra fordon och använda maskiner. Metadon påverkar de psykomotoriska funktionerna till dess att patienten har stabiliserats på en lämplig nivå. Patienten bör därför inte framföra fordon eller använda maskiner förrän man uppnått stabilisering och det inte har förekommit några missbrukssymtom under de senaste sex månaderna. Hur snart patienten åter är kapabel att framföra fordon och använda maskiner varierar i hög grad från person till person och måste fastställas av läkaren. För ytterligare information hänvisas till nationella riktlinjer för metadonbehandling. EKG bör kontrolleras hos alla patienter innan start av analgetisk terapi samt vid steady state om andra samtidiga riskfaktorer för QT-förlängning föreligger samt hos äldre patienter vid dosering av metadon överstigande 50 mg/dag, samt innan doshöjning till överstigande 100 mg/dag. Produktresuméernas senaste översyn 2013-02-07. För fullständig produktinformation och pris, se www.fass.se. www.abcur.se

”Låt den födande föda och den döende dö”

TEXT: JONNA BORNEMARK

Aldrig har jag varit så nära den egna döden som när jag fött barn. Denna närhet innebar inte att mitt eget liv var i egentlig fara, utan det var en erfarenhet av livet som sträcker sig bortom mig själv. Liv och död var inte separerade utan tätt sammantvinnade. Jag och min vilja var del av något som sträckte sig långt utöver mig och som sveper genom släktleden. Så här skrev jag direkt efter den senaste förlossningen:

Paktivitet, något annat kan det inte kallas.

Födandet är en paktivitet.

Det är inte en aktivitet, för det räcker inte med min vilja.

Jag är inte heller passivt utsatt för det, jag måste göra.

Jag kan försöka ignorera, försöka fly ifrån det:

men jag kommer att misslyckas.

Ju mer jag flyr – desto mer kommer det att kasta sig över mig.

Ju mer jag flyr – desto mer förtär det mig.

Att se monstret i vitögat och följa med det: låta det äta mig.

Låta det slita ut mina inälvor: och till och med hjälpa till.

Inse att monstret är min egen kropp och en livets rörelse som går igenom den.

Jag väljer att jobba med monstret.

Jag väljer att bejaka en ofrånkomlig ut och in vändning.

Jag väljer att föda.

Jag vänder på värkarna och ser hur de öppnar en väg.

Aktivt låter jag dem komma, och passivt jobbar jag med dem.

Aktivt väljer jag att passivt låta dem skölja över mig.

Födandets monster är ett monster med sötma,

det är ett monster som hotar mitt liv,

sliter ut mina inälvor,

och spränger sig fram.

Men det är på väg någonstans.

Det skapar och skapar om.

Det är livets brutala formtagande.

Det bryr sig inte om mig,

det tar ingen hänsyn,

det sträcker sig långt bortom mig: bakåt och framåt.

Det spränger fram liv,

livet spränger fram.

Jag får en hud att hålla mot min

- och allt är förlåtet.

JAG TROR DET är livet självt jag möter där för att sedan gå tillbaka till det utsnitt som är mitt. Livet som en sammanhängande rörelse som ständigt producerar individer men som inte bryr sig särskilt om någon av individerna. Denna livgivande och livsfarliga kraft uppfattar jag inte som någon personlig gud, just för att en gud som är en person har sina preferenser. Att denna livsrörelse inte älskar just mig är uppenbart. Snarare erfar jag det som en blind kraft i full rörelse. En kraft som är sin rörelse. Som en filosofisk position har det sina faror. Det finns en risk att man därifrån formar en politik som ignorerar individens liv i namn av en större rörelse. Men i födelsen är det tvärtom. Denna övervallande livsrörelse sätter mitt liv på spel bara för att kunna ta form som en ny individ. Livsrörelsen tar ständigt form och är bara sitt formtagande och inte någon egen entitet bortom dessa former. Vi fortsätter denna rörelse bara genom att hitta våra gränser och vårda dem. Paktiviteten innebär att vi passivt är del av denna rörelse, men att den sätter oss i aktiv rörelse: den föder vår vilja och vårt handlande. Vår aktivitet måste vårda vår handlingsfrihet, men inte utan att se dess gränser.

NÄR DÖDEN KOMMER i min närhet känner jag igen den. Jag känner igen livets våg som väller över och genom oss. Men inte heller här är jag rent passiv. Hur jag själv förhåller mig till det jag inte har någon makt över ger mig en viss makt. Återigen följer jag med i en rörelse som är oundviklig, men jag väljer att jobba med den. Dagen efter min mormors död är det återigen bara i diktens form jag klarar av att reflektera:

*Du får gå nu.
Inte för att jag vill,
helst drog jag tiden tillbaka,
och ser ditt pillemariska leende som värmer
som en sol.
Helst är jag tillbaka i Jakobsberg
och du säger att du lika gärna kan äta
bruna bönor.
Helst är jag på Bisen i bärskogen,
med trekantingar surrande runt huvudet,
när du hjälper mig att kissa.
Helst är jag i båten,
med morfar vid rodet.
En skur med vatten och vi tjuter samstämmigt,
samtidigt som jag ser in i dina glada ögon.
Jag hör din röst.
Men din säng gapar tom,
och inget är som förr. Aldrig mer.
Men likafullt:
Du får gå nu.
Jag vill inte hålla fast dig i en lidande kropp.
Vi måste gå nu, tiden ger oss inget val.
Och vi går mot nya "oss".
Men ändå inte helt utan dig,
jag bevarar ditt leende inom mig,
och önskar dig fri.*

OM FÖDELSENS "DU" ännu är abstrakt är min mormor väldigt specifik. Det var just hon som dog och med henne en värld av erfarenheter som aldrig kommer tillbaka. Födelsen å andra sidan lovar erfarenheter som ännu inte tagit form. Men paktiviteten är densamma. Inför döden skulle vi kunna tro att vi inte har någon makt, liksom i födandet har vi inte heller någon makt över skeendets riktning. Men jag har en möjlig paktivitet. Jag kan vägra att släppa och jag kan låta den döende gå. På samma sätt som i födandet kan jag välja att jobba med eller mot livets våg.

KANSKE ÄVEN DEN döende kan jobba med eller mot vågen. Ofta står vi anhöriga ivägen och klarar inte av att låta den döende vara döende. Vi säger: "Du blir nog snart bättre" eller "Visst kommer vi fira jul tillsammans i år också!" Att låta den födande föda och den döende dö, det låter enkelt men är svårt. Inte heller är det något vi någonsin kan kräva. Min farfar ropade på medicin mot sin lungcancer, jag sa att det inte fanns någon sådan och krävde därmed att han skulle se sin död i vitögat. Han funderade en stund och sa att jag hade rätt, men minuten efter krävde han åter medicin. Där och då krävde jag det omöjliga. Och visst älskar vi den som försöker slita sig ut ur sitt öde i vägran att acceptera livsvågens rörelse. Men kanske är denna kärlek till den självständiga individen också en av västvärldens förbannelser. Kanske behöver vi identifiera oss mer med livsrörelsen som sträcker sig utanför oss själva. Kanske måste vi lära oss att leva paktivt för att kunna dö paktivt.



Jonna Bornemark

Docent i filosofi och föreläsare för Centrum för praktisk kunskap på Södertörns högskola. Disputerade 2010 på avhandlingen Kunskapens gräns, gränsens vetande. En fenomenologisk undersökning av transcendens och kroppslighet och har bland annat startat kursen Det existentiella samtalet

”Kortidsdöda” ökar dramatiskt

TEXT: KATARINA LAGERWALL

Andelen personer som dör efter kort tid på särskilda äldreboenden har ökat. På Kungsholmens omsorgsboenden i Stockholm avlider var fjärde person som beviljats plats efter en dryg månad, visar en forskningsstudie. Fenomenet bekräftas på flera håll i landet.

FORSKARNA BAKOM STUDIEN antog att resultatet skulle visa att boendetiden i äldreboenden hade minskat, men att gruppen korttidsdöda hade ökat var överraskande.

–Situationen är ganska ny. För 4–5 år sedan var andelen som kom in och dog snabbt 5 procent och nu är de 25–30 procent. Det är det som är så märkligt, säger Mårten Lagergren, projektledare vid Äldrecentrum och Aging Research Center på Karolinska institutet som gjort studien tillsammans med Pär Schön.

ENLIGT FORSKARNA FINNS det två grupper på särskilt äldreboende, äldre med demenssjukdom som lever längre och de med somatisk svikt som kommer in och dör snabbt. Vad förändringen i den senare gruppen beror på har man ännu inget svar på och kan ha flera förklaringar. En är den så kallade kvarboendeprincipen, att gamla bor kvar hemma i allt större utsträckning.

–Det går bra fram tills när man är i så dåligt skick att man måste in på sjukhus. När man skrivs ut måste kommunen ordna plats på äldreboende och då flyttar personen in och dör inom en kort tid. Det är den utvecklingen vi ser, färre sjukhusplaster med kortare vårdtider gör att gamla dör fortare på äldreboenden, säger Pär Schön.

Bilden bekräftas av fackförbundet Kommunal som organiserar personal inom äldreboenden. Där har man har sett en utveckling mot kortare liggtider under några år. I dag är genomsnittstiden 6–8 månader på äldreboendet bland gruppen multisjuka, enligt facket.

–Hela äldreomsorgen är förändrad med allt kortare liggtider och så är det över hela landet, säger Ann Georgsson, ombudsman på Kommunal.

Att äldreboenden blivit så slimmad att sjuka gamla tvingas bo kvar hemma längre mot sin vilja är en annan möjlig

orsak till ökningen av korttidsdöda.

Även Socialstyrelsen varnar för att fenomenet kan vara ett tecken på platsbrist, men tillgången varierar över landet.

–De slutsatser vi drar är att kommunerna har gått för långt. En del har dragit ned för mycket på platserna för särskilt boende, säger Gert Alaby, socialråd och samordnare för äldrefrågor på Socialstyrelsen.

NÄSTAN 29 000 PLATSER på äldreboenden har försvunnit de senaste tio åren, och Socialstyrelsen senaste rapport visar att antalet platser på särskilt boende har minskat med ytterligare 1 500–1 600 platser det senaste året. Skälen är effektivisering och sparkrav.

–Vill man bo kvar hemma ska man erbjuda en väldigt omfattande och bra vård. Men nu är det brist på resurser i särskilt boende och man erbjuder

Fakta

- Under 2000-talet har det skett en förskjutning från äldreboenden till hemtjänst: andelen av befolkningen 80 år och äldre i äldreboende minskade från 20 till 14 procent. Samtidigt ökade andelen med hemtjänst från 18 till 23 procent.
- Mellan 2001 och 2012 försvann 25 procent av platserna i äldreboenden, drygt 30 000 platser.
- Av de äldsta, 80 år +, som fått äldreomsorg har andelen minskat från 62 till 37 procent mellan 1980 och 2012.

- Beräkningar visar att en äldre person i ett äldreboende får i genomsnitt 100 – 110 timmar hjälp per månad. Medan en person med hemtjänst får i genomsnitt 7 timmar hjälp per vecka eller 30 timmar per månad. Dessutom har den genomsnittliga hjälptiden inte ökat under 2000-talet.
- Andelen av de mest sjuka äldre som bor kvar hemma har ökat. År 2012 bodde 72 procent av gruppen i ordinärt boende, motsvarande siffra år 2007 var 66 procent.

- De mest sjuka äldre som bor hemma vårdas mer på sjukhus och oftare av specialistläkare i öppenvård jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende. De läggs in även på sjukhus oftare och stannar i flera dygn.

Källor: ”Åtstramningens pris” av Marta Szebeheily och Petra Ullman, Socialstyrelsen

”Man måste kunna ha tid om en människa ligger och dör.

hemtjänst i stället. Men det fungerar inte tillräckligt bra för de som har stora hjälpbehov, säger Gert Alaby.

OMSVÄNGNINGEN MOT MER palliativ vård ställer nya krav på omsorgsverksamheten i äldreboenden. På Kommunal efterlyser man ökad bemanning och kompetensutveckling av personalen. –Man måste kunna ha tid om en människa ligger och dör, säger Ann Georgsson, och tillägger att medicinska kunskaper och tillgång på läkare i äldreboenden skiljer sig från landstingens palliativa sjukvård.

ÄVEN UTFORMNINGEN AV boendet påverkas. Enligt Gert Alaby förs diskussioner om att begränsa standarden eftersom det rör sig om så korta tider innan den gamla dör. En sådan modell provar man i Stockholms stad.

–Jag har hört de signalerna. Det är så korta tider att man vill begränsa utrymmen och faciliteter för just de som är i livets slutskede. Det är verkligen en väldigt kraftig förändring som har skett i samhället, säger Gert Alaby. Pär Schön menar att utvecklingen är en känslig politisk fråga – det är billiga-

re att ha gamla kvar hemma.

– Men vilka behov ska tillgodoses? Vi måste få en diskussion om vad vi ska ha våra äldreboenden till: ska man ha dem till vård i slutskedet eller inte, säger han.

Artikeln är tidigare publicerad i Dagens Nyheter.



För oss är kvaliteten i vården själva vinsten.

Palliativt Centrum vid Stockholms Sjukhem växer och vi söker sjuksköterskor med intresse för palliativ vård. Vi kan erbjuda en individuellt utformad utvecklingsplan både för dig som har tidigare erfarenhet och för dig som har mindre erfarenhet. Vi är en av landets största vårdgivare inom palliativ vård och har en stor kunskap samlad inom vår verksamhet. Läs mer och sök våra lediga tjänster på www.stockholmssjukhem.se/ledigajobb



PALLIATIVT CENTRUM VÄXER.

Vill du vara med i frontlinjen för palliativ vård och utveckling?

Välkommen att arbeta med oss! Läs mer på www.stockholmssjukhem.se/ledigajobb

Naturlig andlighet

Samerna är Europas enda ursprungsfolk och en av Sveriges fem erkända nationella minoriteter. Följ med till Lappland där det nära förhållandet till naturen påverkar traditionerna kring död och begravning.

TEXT: ANNA FREDRIKSSON

Närhet till naturen och andlighet

Om en samisk begravning ska beskrivas i färger blir det rött, blått, gult och grönt. Färger som finns både i flaggan och i många högtidsdräkter och symboliserar växter och natur, vatten, eld och sol.

300 GÄSTER ÄR inte ovanligt på en samisk jordfästning om personen som begravs inte hunnit bli riktigt gammal. Många tar ledigt och även de som inte tillhör närmsta släkten reser långt för att delta. Klädseln är den traditionella högtidsdräkten, kolten.

– I så gott som alla samebegravningar följs den döde till graven. Sommar som vinter tar man avsked utomhus. Det är jätteviktigt med tända ljus

och blommor på graven, berättar Eva Karlberg på Arjeplogs begravningsbyrå.

Av ungefär 40 begravningar som hon ordnar varje år är tio samiska.

Samer är långt ifrån någon homogen grupp men det finns saker som går igen. Kistan är för det mesta i furu. Ibland täcks den av den samiska flaggan ofta pryddes den med gran eller tallris, kottar, mossor och bär. Kanske ett renhorn.

– En del har jord istället för handblommor, det märks att samerna är ett med naturen, att naturen är deras arbetsplats, säger Mia Danielsson på Kiruna begravningsbyrå.

För dem som kommer resande finns en tid avsatt för att se

den döde innan begravningen. Ofta spelas den samiska nationalsången som ingångs- eller utgångsmusik. Morgon mellan fjällen och Var jag går i skogar, berg och dalar är populära psalmer.

DE JAG PRATAR med talar om andligheten. Att samer är medvetna om en kommunikation som går utöver det vanliga. Att det finns en tro på det övernaturliga, en respekt för andar och väsen. Det här är inga allmänna uppfattningar utan något som hör till lokala traditioner i byn, familjen eller är tankar hos en person. Och ingen som vandrar i fjällen eller Norrlands vida skogar kan väl undgå att känna



människans litenhet och en vördnad inför naturen. Vad är det om inte andlighet?

Lars Levi Sunna är samisk konstnär och slöjdare, känd bland annat för utsmyckningen av orgeln i Jukkasjärvi kyrka.

– Visst kan man bli skeptisk inför berättelser om att en del har sett Saivofolket, de döda, röra sig med renhjordar i fjällvärlden. Men jag tror inte att det är svammel. En del ser mer än andra och det finns saker vi inte känner till än. Kontakten försvinner inte efter döden, säger han.

ATT SAMERNA BERÖVADES sin naturtro och delar av sin

kultur när de tvångskristnades under 1600- och 1700-talen har satt spår av dubbelhet. Den äldre generationen tvingades att tåga.

– Det finns äldre som har stark anknytning till det gamla men de pratar inte om det. Det blir en kollision. Vissa äldre reagerar till exempel om man jojkar, sjunger en traditionell sång, på en begravning. De har tvingats se jojken som hednisk. Man får vara försiktig, säger Lars Levi Sunna.

Han ser med sorg på att mycket av traditioner och andlighet redan gått förlorat.

– Sådant kan ge viss trygghet i ens tillvaro. Men nu finns bara fragment kvar.

För att minnas någon som är död fungerar berättelser bra. Joykar och muntliga berättelser hör till den samiska kulturen. Det kan finnas flera joykar om en person både under livstiden och efter att han eller hon gått bort.

– Idag berättar vi gärna i positiva ordalag om de gamla. De blir riktiga hjältar, man sätter en gloria på dem, skrattar Lars Levi Sunna.

Ett annat sätt att hedra och bevara minnet är att låta den dödes namn gå vidare till en nyfödd. Med tydliga minnen följer respekt för de gamla.



Foto: Marie Enoksson

”Min morbrors ande finns i haren”

VIKTIGAST ÄR ATT en människa blir sedd och att vi har ett minne som blir fint efter döden. Vördnaden är viktig. Det finns ett visst reinkarnationstänkande i den samiska traditionen även om jag bara kan uttala mig för mig själv. En sådan tanke är att det första djuret man ser efter att någon dött, bär den människans

ande. Min morbror hade aldrig gjort något väsen av sig i livet, han var så otroligt blyg. När han hade dött gick jag på kyrkogården, då satt en hare på mormors och morfars grav. Det stämde så bra med honom och att livet kommer tillbaka i en annan skepnad.

NÄR MIN FAR dog i den

mörkaste tiden på året, då hade jag 15 mil att åka till sjukhuset. De ringde och sa att det var nära, när jag kom fram var han redan död. Jag satt hos honom till klockan tre på natten för att få ett eget avslut och samla tankarna. På hemvägen rastade jag halvvägs. Månen var så stark, jag har aldrig sett en så stark måne förut. Se-

dan dess har jag kommunikation med min pappa när jag ser på månen.

Berättat för Anna Fredriksson av Lotta Svensson, skogssame och egen företagare inom samisk kultur och näring, driver Båtsuoj Samecenter.

Sápmi

Ungefär 80 000 samer bor i Sápmi, ett landområde som sträcker sig över Ryssland, Finland, Norge och Sverige. Förmodligen 20 000 - 35 000 i Sverige.

TRADITIONELLA SAMISKA näringar är jakt, fiske, slöjd, småbruk och renskötsel. Till dessa kommer nu även turism. 10% av samerna i Sverige jobbar inom rennärigen.

SAMERNAS FÖRKRISTNA världsbild rymmer tre sfärer: den underjordiska, den jordiska och den himmelska. Alla tre har sina egna gudar och väsen. I den underjordiska, som är ljus, bor de döda, Saivofolket på nordsamiska.

DE SAMISKA OMRÅDENA har missionerats sedan 1100-talet, särskilt aktivt sedan 1600-talet.

MÅNGA ÖVERGREPP begicks och samer tvångskristnades. Naturreligionen fanns sida vid sida med kristendomen åtminstone fram till 1800-talet. 2001 bad biskopen i Härnösand samerna om förlåtelse för Svenska kyrkans övergrepp.

VARKEN SVERIGE, Finland eller Ryssland har skrivit under ILO-konventionen om ursprungsfolk, som bygger på FN-s rättighetsdeklarationer. Det har Norge.

IDAG FINNS KONFLIKTER bland annat utanför Jokkmokk där gruvnäringens och renskötselns intressen står mot varandra.

Artikeln är tidigare publicerad i tidningen Memento - tidningen från begravningsbranchen.

Unik palliativ hjärtvård

TEXT: EVELYN PESIKAN

Många sätter fortfarande ett likhetstecken mellan palliativ vård och cancer. Trots att de allra flesta människor i Sverige dör av hjärt-kärlsjukdom är god vård i slutskedet ingen självklarhet. Ett undantag är hjärtsviktsavdelning 96 inom hjärtkliniken på Danderyds sjukhus i Stockholm som har byggt upp en unik, systematisk och välfungerande palliativ hjärtvård.

RÄTT PATIENT på rätt plats är den enkla, men i vården inte alltid självklara, tesen som styr arbetet på Danderyds hjärtklinik som varje år tar emot cirka 2000 patienter med hjärtsvikt. Av dessa är runt 200 patienter återkommande minst tre gånger senaste året för sin hjärtsvikt och därmed oftast i palliativ fas.

— Ett 50-tal patienter är anslutna med direktintag till vår palliativa avdelning och andra återkommande patienter tas över direkt dit från övriga hjärtavdelningar, säger Hans Persson som är processansvarig för hjärtsviktsvården på Danderyds sjukhus.

— Hjärtsviktpatienter ska ligga på rätt klinik, inte hamna lite var som helst som ofta är fallet. Vårt systematiska processarbete har pågått under tio år och bland annat bidragit till att Danderyd kan behandla flertalet akutpatienter med hjärtsvikt inom hjärtkliniken. De som kommer in är ofta väldigt sjuka och då räcker det inte att bara fixa lite där man står på akuten och sedan skicka hem dem direkt eller efter korta vårdtider.

— Det finns idag en omfattande aktiv, evidensbaserad mycket potent behandling för patienter i början av sin hjärtsviktssjukdom. En stor majoritet

av dessa personer är i behov av specialiserad hjärtsjukvård med god uppföljning i en fungerande vårdkedja, som vi nu intensivt jobbar med att förbättra i hela Stockholm, där det ofta brister idag.

— På avdelning 96 har vi skapat ett direktintagssystem för de patienter som kommer in väldigt ofta, det vill säga de allra sjukaste. Det innebär att de slipper ta omvägen kring akuten, det räcker med ett telefonsamtal till oss, fortsätter Hans Persson, som bland annat har beskrivit palliativ hjärtvård i Nationella Vårdprogrammet för palliativ vård.

TROTS ATT HJÄRTKÄRLSJUKDOM är det som orsakar flest dödsfall i Sverige är det långt ifrån en självklarhet att dessa patienter erbjuds någon palliativ vård. Till skillnad från cancersjuka hamnar de sällan på hospice, många avlider på akutsjukhus, utan tillgång till palliativ vård.

— En orsak till detta är att personer med återkommande hjärtsvikt inte alltid själva riktigt har förstått vilken allvarlig sjukdom de har. De brytpunktssamtal vi har med de allra sjukaste och deras närstående brukar vara väldigt bra, många patienter men också personalen känner sig ofta lät-

tade efter att få prata om sjukdomen, förklarar Hans Persson.

AVDELNING 96 ERBJUDER ett fullständigt batteri av palliativ vård och har ett samarbete med olika ASIH-team och ibland med hospice.

— Viktigt för oss är att utskilja vilka hjärtsviktpatienter som närmar sig livets slut. Ett symptom kan vara svår trötthet, ångest, kraftig viktnedgång och andnöd och inte minst att man kommer tillbaka flera gånger till sjukhuset. Viktigt att veta är att vi inte kan avsluta patienternas vanliga hjärtmediciner dagarna före döden utan att orsaka mer lidande.

— Vi kan absolut bli bättre på att sätta in morfin och andra palliativa preparat men för att lindra andnöd och lungödem behöver vi fortsätta ge ordinarie hjärtmediciner, ofta vätskedrivande dropp, tappning av vätska i lunsäck eller i buken, ibland behövs även hjärtstimulerande dropp. Samt naturligtvis vid behov också ångestdämpande medicin, säger Hans Persson och tillägger att många av patienterna bara brukar somna in lugnt och stilla.

ATT LIDA AV HJÄRTSVIKT är i sig ett ångestframkallande tillstånd, också för de närstående.

HANS PERSSON TYCKER att det känns ovärdigt att den stora patientgrupp som har hjärtsvikt ofta underbehandlas och inte får möjlighet till en strukturerad och fungerande vårdkedja.

— Många av våra patienter har ångest eller depression. Den specialiserade slutenvården, det system med palliativ hjärtvård som vi har utvecklat här, kan hjälpa patienterna och är ångestdämpande i sig. Van och duktig personal, teamrond, tillgänglig kurator, dietist, sjukgymnast och arbetsterapeut ger trygghet och välbefinnande för individen.

— Även anhörigstöd är viktigt för oss då det betyder mycket för patienten. Både patienter och närstående känner sig trygga här och då mår de också bättre.

Hjärtsvikt i Sverige

Hjärtsvikt är den vanligaste anledningen till sjukhusvård i vuxen ålder
Symtom: trötthet, andnöd och vätskesvullnader (ödem)
30 000 insjuknar varje år
200 000 patienter har hjärtsvikt
Dödligheten är knappt tio procent per år
Uppskattningsvis 5-10% av patienterna är i palliativ fas.

Behandling med goda effekter på överlevnad och ökat välbefinnande är betablockerare, ACE-hämmare, angiotensinreceptorblockerare, mineralreceptorblockerare, sviktpacemaker och defibrillator. Avancerad behandling med hjärttransplantation och stödpumpar kan dramatiskt förbättra tillståndet för vissa svårt sjuka patienter.

1924 - 2014

TEXT: EVELYN PESIKAN

Det är inte ofta man som journalist hamnar mitt i sin egen artikel, på ett rent personligt plan. Men när H, en kär närstående, vid 90 års ålder gick bort under augustis sista skälvande sommardagar hände just det. Nu var jag inte längre den observerande och distanserade intervjuaren utan en högst delaktig anhörig som höll honom i handen vid dödsbädden. Detta blev därför en artikel som är skriven ur ett initierat närståendeperspektiv.

FRÅN BÖRJAN VAR uppdraget att skildra hur man hanterar döendet på ett vanligt demensboende i en svensk småstad, vilka kunskaper man har om palliativ vård, vilka rutiner man brukar följa etc. Och i början av augusti var jag mycket riktigt på plats på det demensboende i södra Sverige som var H:s hem de senaste två åren. Tanken var att kombinera ett vanligt besök hos honom med regelrätt journalistiskt arbete, men redan då var det tydligt att H inte riktigt lyckats hämta sig från den lunginflammation han drabbats av i juli. H var aldrig svårt dement utan fullt kapabel att kommunicera in i det sista, även per telefon. Bara sex timmar före dödsögonblicket kunde han fortfarande nicka på frågan om han hade ont eller ville ha lite vatten. Under sommarens många telefonsamtal frågade jag alltid hur han mådde, om han hade ont någonstans men svaret blev alltid nekande. Strax innan han blev helt sängliggande, en dryg vecka före döden, medan han fortfarande orkade hålla i telefonen, uttryckte han dock en känsla av diffust obehag i hela kroppen.

DE INTERVJUER JAG gjorde med personal på olika nivåer under mitt yrkesrelaterade besök i början av augusti, alltså innan det stod helt klart att H inte hade lång tid kvar att leva, gav mig en bra bild av hur man ser på palliativ vård här. Rutinen är att man oftast blir "inkluderad i palliativ fas" först när det bara återstår kort tid av livet. Då öppnas den "palliativa lådan" som ger sjuksköterskan rätt att bland annat ge morfin och ångstdämpande medicin. Och det är bara den ansvarige läkaren som har nyckel till denna "verktygslåda". Om vederbörande är på semester eller är sjuk kan det bli besvärligt att öppna lådan. Då kan personalen bli tvungen att kalla in

andra läkare, läkare som inte känner patienten. Utan doktors underskrift kan en patient som befinner sig nära livets slut, men som ännu inte formellt har fått en palliativ "status", behöva transporteras till ett akutsjukhus om något dramatiskt som till exempel en blödning skulle tillstå.

MEN OM MAN är 89 år och hamnar på ett demensboende är man inte i en oåterkallelig palliativ fas redan från inskrivningsögonblicket undrade jag under mina intervjuer. Inte är det väl någon här som blir botad och får åka hem?

SVAREN JAG FICK var entydiga. Att vänta i det längsta med att inkludera någon i palliativ fas ses här lite som ett sätt att "rädda livet" på patienten ett tag till, genom att man då fortfarande har mandatet att sätta in "botande" åtgärder, att skicka in vederbörande till sjukhus etc. Synsättet verkar vara att man på något vis kan riskera att påskynda döden genom att ta fram "palliativa lådan" tidigt i processen, att ingen då längre bryr sig om några medicinska åtgärder. En slags dödsdom helt enkelt. Men om döendeprocessen startar under en helg och ingen läkarunderskrift finns som den vårdande personalen kan luta sig emot, finns det alltså en teoretisk risk att den döende till exempel kan få vänta till måndagen på sin smärtlindring – alternativt riskera att bli transporterad till ett sjukhus.

ALLT DETTA VISSTE jag när jag den 25 augusti åkte ned för att vaka vid H:s dödsbädd. Efter flera samtal med sjuksköterskan på avdelningen veckan före hade vi försäkrats om att H nu hade inkluderats i palliativ fas, som är terminologin här. Men på grund av doktors sjukfrånvaro hade inkluderandet/påskriften skett först samma

dag jag kom dit. Och det var också nu H för första gången fick morfin eftersom han hade klagat på att han hade ont. Han hade långa andningsuppehåll men sade sig inte ha ont.

RUTINEN HÄR NÄR en boende/patient befinner sig i palliativ fas är att kalla in extravak, vilket H fick tillgång till de sista nätterna.

ATT INGEN SKA behöva dö ensam är tack och lov en självklarhet på detta boende. Tack och lov använder sig också den erfarna och mycket kärleksfulla personalen av eget sunt professionellt förnuft, oavsett byråkratiska rutiner.

UNDER DE FYRA dygn H sakta och odramatiskt därefter blev allt svagare kände vi att han verkligen var i de allra bästa händer, omgiven av sina anhöriga och med en trygg personal som både kände och tyckte om honom – och i en lugn hemmiljö som var raka motsatsen till ett rum på ett akutsjukhus.

INI DET sista kände han igen både oss och personalen. Så fort han nickade på frågan om han hade ont fick han morfin och han visade också med handtryckningar att han var medveten om vad som skedde i rummet, vilka som var där. Ibland skymtade ett svagt leende i ansiktet när vi talade med honom om saker han mindes. Bara detta att vi satt och pladdrade om ditten och datten, högt och lågt, i hans rum under livets sista dagar verkade vara välgörande för honom. Inte vid något tillfälle visade han tecken på att ha ångest. Ansiktet var fridfullt och ingen oro syntes i kroppen.

NÄR H SENT på torsdagskvällen drog sitt sista andetag kände vi alla att detta måste vara en död att stilla be om.

Vi välkomnar kommentarer och synpunkter på ovanstående artikel. Hur ser rutinerna ut på er arbetsplats? Kan/bör något förbättras? Behövs det mer kunskap? Arbetar ni på ett sätt som ni tror kan inspirera andra? Hör av er och berätta till info@nrpv.se

Palliativ sjuksköterska i glesbygd

TEXT: SOLVIEG HULTKVIST

Mikael Jolhammar är en av två landstingsanställda sjuksköterskor i det palliativa teamet i Malung/Sälens kommun. Det innebär att han ensam, tillsammans med sin kollega eller ibland med den läkare från Rättvik som ingår i teamet, åker hem till de cirka tolv patienter som är anslutna inom kommungränsen.

MIKAEL HAR UNDER många år arbetat med palliativ vård, både i Stockholms innerstad och i Göteborg. På frågan om vilka som är största skillnaderna mellan att arbeta i storstad och glesbygd, framhåller han frånvaron av stress, människors tålighet och vana att vänta, det lugnare tempot, både i bilen och i hemmen.

– Man hinner tänka, ja till och meditera lite över tillvaron, om man kör 5-10 mil hem till en patient. På det sättet är man själv lugn och fokuserad på patienten och familjens bästa när man kommer fram, säger Mikael. Det kan också vara spännande första gången man träffar en patient, att komma dit och se var han/hon bor, träffa familjen och se hur de har det och framöver få följa med och stötta dem under vägen genom sjukdomen.

MIKAEL BESKRIVER ATT förberedelser och planering av logistiken är särskilt viktigt när man arbetar i så vidsträckta områden. Att man har alla nödvändiga läkemedel med sig, att man kan ordna med specialinsatser som blodtransfusioner eller provtagningar så att det fungerar med transporter till närmaste sjukhus eller laboratorium.

– Det är en trygghet att ha lång erfarenhet av det palliativa arbetet, man kan vara lugn i de flesta situationer. Vi är nogg med att förbereda och informera patienterna och de anhöriga väl. Det finns ju oftast tid för samtal om olika saker när



vi kommer hem till dem. Människor ute i skogen har ofta förståelse för att allt tar tid. De tar dagen som den kommer på ett annat sätt än i storstäderna.

Mikael och hans kollega har handledning var tredje vecka tillsammans med kollegan i Vansbro.

– Men framför allt pratar vi med varandra, säger han. Det bästa med jobbet är alla dessa möten. Jag försöker hålla ett öppet sinne för alla sorters människor och vara öppen med mig själv tillbaka. Jag tror att man måste tycka om människor i det här jobbet.

– Vi får också så mycket tacksamhet och uppskattning för att vi åker hem till dem, något som de kanske inte är vana vid. Man kan verkligen känna att man kan göra nytta, och ge dem tryggheten i att de kan nå oss hela tiden. "Ångestbiten" är ändå ganska liten, tycker Mikael – och menar då föreställningen om dödsångest.

– Det finns krafter i oss människor som vi inte vet att vi har. Kanske blir det extra tydligt när man bor i glesbygd.

Fakta

Det finns två landstingsanställda sjuksköterskor i det palliativa teamet i Malung/Sälens kommun. De samarbetar med en läkare som finns i Rättvik/Leksands-teamet och som en dag i veckan följer med på inskrivningsbesök, eller om det behövs läkarbesök av någon annan anledning eller konsulteras per telefon.

I det palliativa teamet ingår även arbetsterapeut och sjukgymnast från kommunen, och en kurator från Mora lasarett. Utöver dessa innebär arbetet för de palliativa sköterskorna mycket samarbete och konsultinsatser till kommunens personal, undersköterskor och sjuksköterskor på vård- och omsorgsboenden, hemtjänstpersonal och även distriktssköterskor.

Det behövs alternativ till morfin vid smärtlindring av äldre med njursvikt

TEXT: AGGE ERIXON

Den farmakologiska symtomlindringen med morfin är en viktig del av den palliativa omsorgen för att lindra patienters upplevelser av smärta och obehag.

PATIENTER MED NJURSVIKT kan dock få biverkningar på grund av en ansamling av morfinets metaboliter, vilket inte alla läkare känner till. Hur vanliga är dessa biverkningar av morfin vid administrering till äldre patienter med nedsatt njurfunktion och finns det behov av alternativ för symtomlindring till denna patientgrupp?

SOCIALSTYRELSEN HAR 2010 givit ut "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre". Här beskrivs de naturliga förändringar som sker i kroppen med stigande ålder och hur dessa påverkar läkemedlens kinetik. Vid 80 års ålder kan njurarnas förmåga att filtrera blodet vara nästan halverad. Det får betydelse i första hand för vattenlösliga läkemedel, som kan utsöndras direkt via njurarna utan föregående omvandling i levern, men också för läkemedel som omvandlas till så kallade aktiva metaboliter, exempelvis vissa diabetespreparat i tablettform och opioider. En minskad utsöndringstakt kan resultera i förhöjda koncentrationer av dessa läkemedel och/eller deras metaboliter, med risk för biverkningar.

ZICHTERMAN beskriver två morfinmetaboliter. Den ena, morfin-3-glukuronid (M3G) binder inte till opioidreceptorer, men fungerar nervstimulerande och bidrar till negativa effekter som hyperalgesi, myoclonus och förvirring. Den andra, morfin-6-glukuronid (M6G) uppvisar opioidaktivitet och är minst två till fyra gånger mer potent än morfin och kan väsentligt bidra till smärtlindring vid långvarigt bruk. Båda metaboliterna elimineras renalt och ansamling av M6G kan leda till sederande och andningsdepression hos patienter med avancerad njurfunktions-

nedsättning.

NJURFUNKTION bör kontrolleras innan behandling med opioider påbörjas. "Normala" kreatininvärden hos äldre patienter kan dock vara missvisande beroende på minskad muskelmassa och malnutrition. Enligt Karolinska Universitetslaboratoriet är Cystatin C en bättre markör för skattning av glomerulär filtrationshastighet (GFR) hos äldre än kreatinin, eftersom Cystatin C inte påverkas av muskelmassa. Vid ordination av läkemedel som utsöndras via njurarna är absolut GFR viktigt att känna till. Den kan beräknas med hjälp av ett verktyg som finns på länken < www.egfr.se/egfrse.htm >. För beräkningen behövs relativ GFR samt patientens längd och vikt.

STUDIER GJORDA av Niscola P. et al. och Caraceni, A. et al. bekräftar problemet med ansamling av metaboliter och biverkningar då morfin ges till patienter med nedsatt njurfunktion. Här föreslås istället opioiden Fentanyl som inte elimineras via njurarna. Det framkommer att det finns få jämförande forskningsstudier på olika opioidläkemedel och de rekommendationer som ges bygger på expertutlåtanden.

I EN ARTIKEL "Guidelines for LCP Prescribing in Advanced Chronic Kidney Disease" ges bland annat rekommendationer för palliativ behandling av smärta vid svår kronisk njursjukdom. Dessa rekommendationer har symtomkontroll som mål då det är påvisat att patienten är döende och i de sista få dagarna av livet. Vanligtvis administreras medicinerna subkutant i detta stadium. I artikeln varnar författarna för att många opioidanalgetika

och deras metaboliter kan ansamlas vid njursvikt och orsaka förgiftning med muskelkramper, djup narkos och andningsdepression. Det anses mest troligt att morfin och dess metaboliter orsakar sådana biverkningar? Fentanyl och Alfentanil förefaller mindre benägna att orsaka dessa problem, då deras metaboliter inte är aktiva.

IDAG ANVÄNDS också Midazolam som ett sederande komplement till morfin vid palliativ behandling av smärtor och oro, vilket möjligen kan bidra till att minska morfinets biverkningar.

JAG FINNER INGA publicerade forskningsartiklar om studier gjorda på symtomlindring av äldre med nedsatt njurfunktion efter sökningar i SwedMed+ (sökdatum: 16 dec 2013) samt EMBASE och Pubmed (sökdatum: 17 dec 2013) med Mesh®-termerna: "Palliative Care", "Pain Management", "Aged", "Aged, 80 and over" och "Renal Insufficiency".

EN BRA PALLIATIV smärtlindring utan önskade biverkningar skapar, förutom lindring i livets slutskede, också en rofylld atmosfär för anhöriga och en bättre arbetsmiljö för personalen. Det behövs mer kunskap om symtomlindrande behandling av äldre med en nedsatt njurfunktion. Jag välkomnar en diskussion kring erfarenheter avseende morfinets biverkningar samt vilka alternativa analgetika som kan ges subkutant till dessa patienter.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Agge Erixon

Leg. sjuksköterska, specialiserad inom palliativ omvårdnad Ulviks sjukhem, Norge



SCHAMPIKUDDEN

En extra hjälpande hand

Schampikudden — Ditt stöd i livet

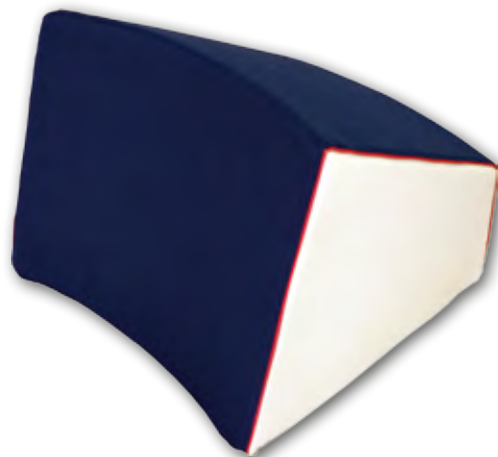
Att kunna få en extra hjälpande hand när brukaren skall sitta på sängkanten för att äta, klä på sig eller möta sina anhöriga, det är där Schampikudden kommer till din hjälp.

Det skålade ryggstödet ger en stadig och en ergonomisk riktig positionering.

Schampikudden är enkel att plocka fram när du behöver en extra hjälpande hand för att avlasta dig i ditt arbete och för att ge din brukare stöd till en bra och bekväm sittställning.

Schampikudden finns både med och utan armstöd.

Kontakta oss idag för att få mer information och tips på användningsområden.



Finns även utan armstöd

Olle

TEXT: REDAKTIONEN

OLLE ÄR 82 ÅR. Han är änkeman sedan åtta år och bor kvar i tvårumslägenheten på Malmen. Den är trång men Olle har bott där länge och tanken på att flytta känns svår. Han har en dotter som bor i Malmö, men kontakten dem emellan är svag efter en konflikt för många år sedan. Olle har sedan en tid larm och hemtjänst en gång per dag. Hemtjänsten hjälper till med stödstrumporna.

DE SISTA TRE månaderna har Olle tacklat av alltmer. Han känner sig tröttare, har ramlat i badrummet, men inte larmat och dessutom börjat må illa. Maten smakar inte och det är allt svårare att få ned den. En del bröstsmärtor har det också varit.

DÅ OLLE FÖR tredje gången ramlar i hemmet skickar hemtjänsten in honom till sjukhuset. Olle hamnar på medicinkliniken men utlokaliseras till en hudavdelning. Illamåendet blir sakta bättre men bröstsmärtorna kvarstår. Rollator och rullstol provas ut. En hjärtläkare konstaterar att Olle har kärlkramp. Man skulle kunna utreda det vidare men det vill inte Olle. Lite spray under tungan räcker bra tycker han. Olle ligger allt större del av dagen. Nätterna är lite oroliga. Stundtals är han oklar och tror att han är på sin gamla arbetsplats, och stundtals är han

ledsen och ångestfylld. Han saknar hustrun och dottern. När personalen frågar om dottern blir Olle orolig.

EFTER EN VECKA flyttas Olle tillbaka sin ordinarie medicinavdelning och läkaren och sjuksköterskorna börjar prata om vårdplanering och utskrivning. Kärlkrampen har inte förvärrats, och trötthet, oklarhet och oro är ungefär oförändrade. Läkaren menar att det kan följas upp på vårdcentralen.

DAGARNA GÅR OCH Olle blir inte piggare. Trötthet och illamående tilltar. Rehabiliteringspersonalen konstaterar vid teamronden att ytterligare träning inte kan motiveras. Kuratorn samtalar med Olle om hans situation. Hur tänker han sig livet framöver? Åka hem? Hur är det med kontakten med dottern? Tanken att åka hem till den ensamma lägenheten skrämmer Olle. Det har blivit som en trygghet att ha personal i närheten.

DET KALLAS TILL vårdplanering. Dottern ringer till avdelningen och meddelar att hon inte kan vara med, men hennes uppfattning är att pappa inte kan bo hemma längre.



VID VÅRDPLANERINGEN meddelar biståndshandläggaren att SÄBO/ vård och omsorgsboende eller en korttidsplats inte är aktuell för Olle. Behovet av omvårdnad kan tillgodoses i hemmet med utökade insatser från hemtjänsten. Kanske kan hemsjukvården också kopplas in?

OLLE BLIR FÖRTVIVLAD. Han får ångest av blotta tanken på att lämnas ensam och utelämnad i hemmet. Larmet känns som en klen tröst. Vårdpersonalen som vårdat Olle en period är frågande och dottern i Malmö som informeras via telefon är upprörd. Olle skickas hem. Hemtjänsten kommer ett par timmar senare. Då är Olle trött och lite förvirrad. De hjälper honom i säng.

UNDER NATTEN FÅR Olle ont i bröstet, smärtan tilltar. Han har glömt var han lade larmet men hittar så småningom en telefon och larmar ambulans. En timme senare är han på akutintaget.

Några frågor att fundera över:

- Känner ni igen den här situationen?
- Vilket medbestämmande och inflytande har den enskilda personen/patienten/närstående?
- På vilket sätt finns det möjlighet att tillvarata patientens valfrihet?
- Hur väger den sociala prövningen som görs vid en biståndsbedömning de medicinska behoven?
- Hur hanterar ni de olika intressenterna/viljorna/direktiven som beskrivs i fallet?
- Hur hanterar ni som personal och medmänniskor den samvetsstress som problem av detta slag innebär?
- Beskriver patientfallet palliativ vård?



Debatt:

Döende ska få bättre vård

LÅNGTIFRÅN ALLA erbjuds god vård i livets slutskede. Döende patienter åker in och ut på sjukhus, och riskerar att inte få smärtlindring och hjälp att hantera sin ångest. För att säkra tillgång till palliativ vård på lika villkor för alla presenterar vi i dag nationella rekommendationer, skriver företrädare för Socialstyrelsen.

MEDELLIVSLÄNGDEN I SVERIGE har ökat under flera decennier och allt färre dör till följd av cancer och hjärtinfarkt. Sjukvården har gjort stora framsteg. Sjukdomar som tidigare innebar en säker dödsdom går i dag att behandla med effektiva metoder.

MEN DÅR DEN BOTANDE läkekonsten trots allt når vägs ände – och livet inte längre går att rädda – har vården och omsorgen en viktig roll att fylla för att lindra.

UNGEFÄR 80 PROCENT av de runt 90000 personer som årligen avlider i Sverige är över 65 år, och många av dödsfallen är förväntade. Det ger möjlighet att med palliativ vård göra den sista tiden så bra och symptomfri som möjligt. Ändå ser vi att många döende patienter riskerar att inte få smärtlindring och stöd för att hantera sin oro och ångest.

FÖR ATT ÅSTADKOMMA en förändring har Socialstyrelsen tagit fram ett nationellt kunskapsstöd med riktlinjer och vägledning. Bakgrunden är att vi under flera år sett exempel på att grundläggande insatser i palliativ vård erbjuds långtifrån alla.

DE FLESTA SOM närmar sig livets slut lider av fysisk smärta. Trots det får endast var femte person sin smärta bedömd med ett beprövat skattningsverktyg under den sista levnadsveckan, vilket är en viktig förutsättning för att kunna anpassa smärtlindringen individuellt. Det visar uppgifter från palliativregistret där drygt 60 procent av dödsfallen under 2012 registrerats.

MÅNGA DRABBAS OCKSÅ av stark oro, ångest och förvirring. Bland dem får ännu färre, ungefär var tionde person, sina symptom uppmärksammas genom strukturerade bedömningar under den sista veckan. Risken är uppenbar att såväl den existentiella som fysiska smärtan missas eller underskattas så att patienter lider i onödan.

VI SER OCKSÅ att äldre flyttas runt mellan hemmet eller äldreboendet och akut sjukhusvård in i det sista. En kartläggning som Socialstyrelsen gjorde 2012 visade att uppemot var tionde patient lades in på sjukhus minst två gånger den sista månaden i livet. Det går stick i stäv med den palliativa vårdens ambition att skapa en trygg vårdmiljö, och kan bidra till ökad stress och ångest. Det är också ett uttryck för att man fokuserar på att behandla varje fysiskt problem – i foten, hjärtat eller lungorna – och förbiser att ta hand om hela människan.

VI SER OCKSÅ att patienter och anhöriga inte görs delaktiga. Knappt hälften av dem som dog förra året informerades av en läkare om att de var döende, enligt palliativregistret. Mot bakgrund av att många dör en väntad död borde andelen vara högre. Att vara informerad om sin situation är en förutsättning för att kunna bestämma var man vill dö och hinna förbereda sig och ta farväl av sina närstående.

GRUNDEN TILL PROBLEMEN är att palliativ vård länge varit ett marginaliserat kunskapsområde. Redan i en nationell kartläggning som Socialstyrelsen genomförde 2006 konstaterades att kompetensen var otillräcklig. En del har förstås hänt sedan dess. Det finns goda exempel på kommuner och landsting som satsar på fortbildning. Landets regionala cancercentrum har även tagit fram ett nationellt vårdprogram. Men både forskare och vård och omsorgspersonal ger en tydlig bild: kunskaperna motsvarar fortfarande inte på långa vägar behoven.

DÄRFÖR HAR SOCIALSTYRELSEN nu sammanställt bästa tillgängliga kunskap och lagstiftning samt samlat ett 70-tal av landets experter på området. Detta är vad vi tycker behöver göras:

- Kommuner och landsting borde erbjuda all personal som möter patienter i livets slutskede vidareutbildning inom palliativ vård. Det gäller personal på såväl sjukhus som äldreboenden, vårdcentraler och inom hemsjukvården.
- En bred kompetenssatsning är nödvändig för att alla ska få god vård i livets slutskede, oavsett ålder, diagnos och bostadsort.

- Sjukvården bör regelbundet bedöma patienternas smärta med hjälp av beprövade skattningsinstrument, till exempel frågeformulär. Även andra vanliga symtom som ångest, illamående och förvirring bör bedömas regelbundet.
- Läkare borde kontinuerligt erbjuda samtal om vårdens innehåll och inriktning, så kallade brytpunktssamtal.
- Såväl patienten som de närstående behöver få information om vad som händer, för att förebygga oro och missförstånd.
- Alla patienter i livets slutskede borde få möjlighet att samtala om existentiella frågor. Dödsångest kan inte bara behandlas bort. Vårdochomsorgspersonalen måste våga prioritera existentiella aspekter, likväl som medicinska.
- Kommuner och landsting behöver samarbeta bättre för att hålla ihop vårdens insatser med omsorgens. Genom samordning kan antalet flyttar mellan hem eller äldreboenden och akut sjukhusvård minskas.

RIKTLINJERNA OCH VÄGLEDNINGEN ger beslutsfattare i kommuner och landsting en tydlig vägvisare för vilka satsningar som behöver göras, och personalen har ett stöd i sitt dagliga arbete. Patienter och anhöriga får också veta vad de ska kunna förvänta sig.

VI KOMMER ALDRIG att kunna bota alla sjukdomar. Men vi får heller aldrig abdikera bara för att den botande behandlingen inte längre gör någon nytta. Då har vården och omsorgen en viktig uppgift i att lindra.

VI MÅSTE KUNNA ge alla förutsättningar att leva ett värdigt och meningsfullt liv även när det närmar sig sitt slut.

LarsErik Holm, generaldirektör, Socialstyrelsen

Anette Richardson, enhetschef, Socialstyrelsen

Artiklen har tidigare varit publicerad i Dagens Nyheter.



medi

Justerbar kompression för behandling mot bensår

Juxtacures erbjuder snabb, enkel och effektiv behandling även vid svårare bensår.

Jämfört med omständig bandagering är juxtacures enkel att hantera och säkerställer en medicinskt korrekt kompression under hela behandlingen.

Läs mer om fördelarna med justerbar kompression på vår hemsida www.medi.se



Demens: SSRI preparat kan ha effekt på aggressivt beteende

Porsteinsson A et al: Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease. JAMA 2014; 311:682-691

Seitz D et al: Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Review 2011

DEMENS ÄR EN palliativ diagnos som blir allt vanligare med ökande livslängd och är en underskattad dödsorsak. Trots att patienter med demens kan ha svåra symtom i slutskedet, får de sällan tillgång till modern palliativ vård, även om medvetenheten och situationen börjar bli bättre i Sverige.

BPSD. Ett vanlig och plågsam symtombild kallas för BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och kännetecknas av oro, förvirring men även ilska och aggression. Traditionellt har man använt neuroleptika såsom Haldol eller Risperdal för att dämpa sådana symtom. Samtidigt finns det anledning att prova antidepressiva preparat i vissa fall, eftersom ilska och aggressivitet kan vara det enda tecknet på depression hos äldre, särskilt vid demens.

SSRI HAR EFFEKT. I en helt ny studie av Porsteinsson och medarbetare i den ansedda tidskriften JAMA har man jämfört effekten av citalopram (=Cipramil®) med placebo (det vill säga sockerpiller) i en studie som pågick i 9 veckor. Studien utfördes så att ingen visste vem som fick aktiv behandling. När studien avslutades såg man att cirka 40 procent av patienterna som fått citalopram förbättrades påtagligt med avseende på det aggressiva beteendet. De doser man startade med var 10 mg dagligen och målet var att successivt öka dosen till 30 mg, vilket gick i vissa fall.

OCKSÅ I EN stor genomgång som Cochrane (Storbri- tanniens motsvarighet till SBU) gjort av många olika studier ser man liknande effekter: SSRI preparat såsom citalopram (Cipramil, Cipralox) och sertralin (Zoloft) har effekt på ilska, aggression och psykoser vid demens.

VANLIGT MED AGGRESSIVITET. Neuropsykiatriska symtom är vanliga och man uppskattar att cirka 80 procent har sådana symtom i något skede, varav 30-50 procent

drabbas av agitation (aggressivt beteende) eller psykos. Dessa symtom är plågsamma både för patienten och anhöriga och är dessutom stressande för personalen. I min egen erfarenhet kan SSRI-preparat såsom citalopram ha en snabbt insättande effekt hos vissa patienter, redan inom 3-7 dagar.

INTE BARA LÄKEMEDEL. Eftersom demens allt mer börjar ses som en palliativ diagnos och eftersom en del patienter har både en cancerdiagnos och en demensdiagnos samtidigt, är behandlingen av plågsamma symtom av stor betydelse. Aggressivt beteende skapar problem och där kan SSRI-preparat ha en positiv effekt. Det är självklart viktigt att inte glömma bort andra faktorer och åtgärder vid aggressivt beteende:

- Åtgärda eventuella utlösande faktorer såsom smärta eller psykos.
- Gå inte in i en konfrontation, utan backa eller försök distrahera patienten.
- Skapa en lugn miljö.
- Se till att det inte finns föremål som patienten kan skada sig själv (eller andra) med.



FOTO: JOHAN HORNWALL

Peter Strang

Professor i palliativ medicin, överläkare, Karolinska Institutet och Stockholms Sjukhem, Stockholm

Allmän palliativ vård 4,5 hp

Internetbaserad kurs i samarbete med Axlagården Hospice i Umeå.

Umeå universitet erbjuder i samarbete med Axlagården Hospice i Umeå en helt internetbaserad öppen kurs i Allmän Palliativ Vård. Det enda som behövs är en dator med internetuppkoppling.

Kursen är i linje med Socialstyrelsens rekommendationer om fortbildning av all personal som vårdar personer i livets slutskede. Den vänder sig i första hand till undersköterskor men även sjuksköterskor, läkare och paramedicinsk personal med behov av grundläggande kunskaper om palliativ vård är välkomna att söka kursen.

Kursen pågår i sex veckor och ges återkommande varje termin.

Nästa kurstillfälle: 20 okt - 28 nov 2014

Kurskostnad: 4000 kr/deltagare exkl moms

Kontakt: Liv Meidell, Institutionen för omvårdnad

e-post: liv.meidell@umu.se Tel: 090-786 92 52, 072-701 98 74

Anmälan: <http://www.umu.se/samverkan/kompetensutveckling/aktuella/allman-palliativ-varld/>



SAVE THE DATE!

19 November 2014, Lund, Sweden

The Inaugural Conference of the International Collaborative for Best Care for the Dying Person

The International Collaborative for Best Care of the Dying Person has the pleasure of welcoming you to a conference for sharing of knowledge and experience on the care of patients at the end of life.

Registration fee: 1 500 SEK (approx 165€)

Carl Johan Fürst

Chair of the organising committee

Lund University and Region Skåne

John Ellershaw

Chair of the Council Int. Collaborative

For information and registration: www.bestcaredyingperson.org



LUNDS
UNIVERSITET

Palliativt utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne

En liten tid

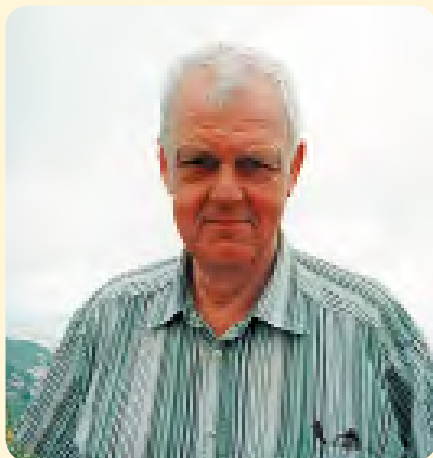


Foto: Åsa Lundström

DET HAR GÅTT upp för mig att alla ens problem och egenheter inte är utlösta av barndomstrauman, bara vissa. Ett par av mina skyller jag på en upplevelse i tioårsåldern.

Vi bevistade högmässan, min far och jag, och från predikstolen förkunnades det att livet är begränsat. En liten tid förestod. Jag blev vettskrämd. En liten tid! Efteråt försökte han lugna mig. När jag var gammal och trött skulle jag se saken i ett vidare perspektiv. Det var en klen tröst.

En konsekvens av prästens chockartade besked är mitt yrkesval. Att bli läkare hade inte lockat mig men så småningom lät jag mig ganska motståndslöst styras mot Karolinska Institutet. Föreställde jag mig att även egna illavarslande symtom, tidigt upptäckta, kunde förlänga min överlevnad? Bättre förekomma än förekommas. En annan påföljd är min överkonsumtion av kriminalliteratur, ett rent missbruk. Antagligen har jag ett ovanligt starkt behov både av att få rätsida på intrigernas konstruerade knepigheter, som ofta speglar/representerar det faktiska livets, och av att få nöjaktiga förklaringar till böckernas grymma eller besynnerliga dödsfall. Det senare är en mer än välkommen bonus. Min snart förestående bortgång ter sig nämligen lika ofattbar som oacceptabel.

Dagens svenska deckarunder, som sannerligen inte inträffat över en natt, är delvis ett kvitto på att det blivit rumsrent, rentav högstatusbetonat, att läsa om ond bråd död. Kan en bidragande orsak vara just att umgänget

med fiktiva mord ger oss betydligt mer än bara förströelse, bland annat hjälp på traven med förberedelserna inför det oundvikliga som väntar oss?

Samtidigt kan det misstänkas att våldsupptrappningen och all skrämsel på spänningsmarknaden, där det för närvarande går tretton seriemördare på dussinet och frånvaron av sens moral ibland inte känns normal, underminerar den fasta mark vi så gärna vill stå på. Varför tycks så många författare sträva efter att konkurrera med de hemskheter som tillvaron ändå rikligen erbjuder i form av krig och naturkatastrofer? Verkligheten överträffar ju alltid dikten.

Därför är jag lite bekymrad över hur Sjöwall-Wahlöös samhällsrealism utvecklas.

De renodlade pusselgåtorna är å andra sidan definitivt förbipasserade. Lika fullt försvarar jag dem envist och menar att de har en terapeutisk potential, kanske särskilt lämplig för oss trygghetsnarkomaner. De väcker mer förbryllelse än upprördhet, döden lurar på bekvämt avstånd, mysterierna blir galant lösta av miss Marple och lord Peter och gärningsmännen får vad de förtjänar.

Allt ordnar sig till det bästa.

Vilket det ju inte säkert gör i levande livet.

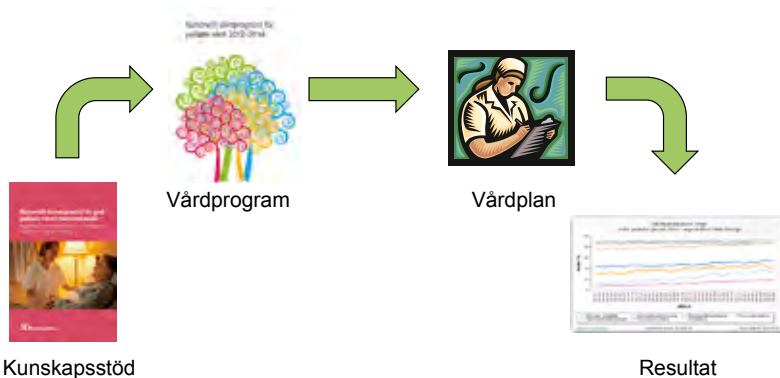
Så jag inbillar mig att de deckare vi läser, hur de än må vara beskaffade, kan fungera en smula palliativt. Man blir liksom upplivad - och möjligen rätt långlivad - av dem. Och inte skadar eller förvillar oss lite kraftsamlande eskapism emellanåt. Nog fattar vi vem själaringningarna för berättelsernas mordoffer egentligen gäller och nog hör vi klockan. Den klämtar för oss.

Ulf Durling

Psykiater, författare och ledamot i Svenska Deckarakademin

Svenska Palliativregistret

Vi hjälper dig att förstå och förbättra dina resultat



Kunskapsstöd

Vårdprogram

Vårdplan

Resultat

Stöd för god palliativ vård i livets slut

Exempel på vad vi kan hjälpa till med

- En enkel fråga
- Frågor om palliativ medicin och omvårdnad
- Frågor om förändringsarbete
- Komplette förbättringspaket
- Analys av egna resultat

För mer information
kontakta Marita Trulsson
Marita.trulsson@palliativ.se
070-252 38 41

info@palliativ
0480-41 80 40
www.palliativ.se



Granulox

unik NYHET för svårläkta sår



- Hemoglobinspray för alla typer av sår och sårbehandlingar
- Unikt koncept som enkelt tillför såret syre och påskyndar läkningsprocessen
- Inga biverkningar
- Lätt att applicera
- Verksamt i 72 timmar

Granulox tillför såret syre och påskyndar läkningsprocessen

Läs mer på www.meteko.se



Nästa nummer



Sår i kropp & själ



Betanias Stiftelsen

Välkommen till höstens utbildningar

Palliativ vård vid livets slut

Jönköping 29/9 och 30/9 - Stockholm 8/10 - Göteborg 30/10 -
Hudiksvall 4/11 - Visby 11/11

Palliativ vård vid demenssjukdomar

Piteå 25/9 - Jönköping 2/10 - Stockholm 9/10 - Göteborg 29/10 -
Hudiksvall 5/11 - Visby 13/11

Symtomlindring vid livets slut

Piteå 23/9 - Jönköping 1/10 - Stockholm 10/10 - Göteborg 31/10

Existentiell kris och coping vid livets slut

Jönköping 19/9 - Piteå 24/9 - Hudiksvall 6/11 - Visby 14/11 - Göteborg 28/11

Etik och människosyn inom äldreomsorgen

Visby 1/10 - Hudiksvall 19/11

När det oväntade inträffar

När taket rasade in på Apollo-teatern i London, Stockholm 22/10
Översvämningarna i södra England 2013/2014, Stockholm 10/11

Seminarierna vänder sig till Dig som möter människor inom vård och omsorg samt till Dig som arbetar med krishantering och kriskommunikation inom kommuner, landsting, regioner, myndigheter, näringslivet, kyrka/trossamfund och frivilligorganisationer samt till politiker och övriga som är intresserade.

För mer information och anmälan: www.betaniastiftelsen.nu

Betanias Stiftelsen, Mariatorget 10, 118 48 Stockholm
08-641 51 91, info@betaniastiftelsen.nu

3 sätt att visa omtanke

Proxident muntork är ett enkelt och hygieniskt hjälpmedel vid munvård. Det mjuka skumgummihuvudet hjälper dig att ge skonsam vård och lindring till känsliga munnar. Använd den vid rengöring, behandling och återfuktning.



**Snart finns Proxident muntork
att beställa i singelpack.
Hygieniskt och enkelt!**

Beställ Proxident muntork hos din upphandlande enhet eller via
OneMed, Mediq, Staples Sweden eller direkt från oss på
Proxident AB Falun, 023-79 22 22, www.proxident.se

Proxident
care



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Adress Mariebergsgatan 22, 112 19, Stockholm
 Telefon 08-617 93 04
 E-post info@nrpv.se
 Hemsida www.nrpv.se



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



SVENSK FÖRENING FÖR PALLIATIV MEDICIN

SFPM
 Svensk Förening för Palliativ Medicin
 Hemsida: www.sfpm.se



SJUJSKÖTERSKOR FÖR PALLIATIV OMVÅRDNAD

SFPO
 Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad
 Hemsida: www.swenurse.se/palliativomvardnad



SPN
 Svenskt Palliativt Nätverk
 Hemsida: www.stockholmsjukhem.se/spn



UFPO
 Undersköterskor för Palliativ Omvårdnad
 Hemsida: www.ufpo.se



DIO
 Dietister inom onkologi
 Hemsida: www.dio-nutrition.se



**SJUJSKÖTERSKOR
 I CANCERVÅRD**

Sjuksköterskor i Cancervård
 Hemsida: www.cancervard.se



Fysioterapeuterna – Sektionen för onkologi och palliativ medicin
 Hemsida: www.fysioterapeuterna.se



**Förbundet
 Sveriges Arbetsterapeuter**

FSA
 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
 Hemsida: [www.fsa.se/Om-forbundet/Utskott/onkologi ochpalliativvard](http://www.fsa.se/Om-forbundet/Utskott/onkologi_ochpalliativvard)

Nätverk för chefer och ledare i palliativ vård

Nätverk för sjukhuskyrka och teologer inom palliativ vård



SJUJSKÖTERSKOR FÖR PALLIATIV OMVÅRDNAD

Den 16-17 oktober anordnar SFPO höstens utbildningsdagar. Vi kommer att vara på Ersta konferens i Stockholm.

Vi kommer att få lyssna på Robert Irestig och Ebbe Lindström som ska beskriva verksamheten på Erstabacken som är ett boende för svårt sjuka hemlösa. Det är en helt unik verksamhet som erbjuder hospicevård för personer i livets slutskede.

De ger även "hemsjukvård" till den som inte har ett hem och erbjuder plats till människor som av olika anledningar inte kan vårdas på andra inrättningar.

På utbildningsdagen den 17 oktober kommer vi även att få lyssna på föreläsningar om förstoppning och illamående, hur vi arbetar i team, hur viktigt det är med sömn/vila och om den nya Nationella Vårdplanen. Som vanligt blir det boklotteri, stipendieutdelning och diplomerings av sjuksköterskor i palliativ vård. Vi kommer även att utse Årets sjuksköterska inom palliativ omvårdnad 2014.

Passa på att få fortbildning, lyssna på gedigna föreläsare, ta del av nyheter inom omvårdnaden och träffa trevliga kollegor från hela landet. Välkomna!! Vi ser framemot att se er.



Ta gärna del av vårt program som finns på vår hemsida, där finns även information om hur du anmäler dig till utbildningsdagarna. www.swenurse.se/palliativomvardnad

Du som inte redan är medlem i SFPO är välkommen att bli medlem! Mer information finns på vår hemsida.



SVENSK FÖRENING FÖR PALLIATIV MEDICIN

SFPM - Svensk Förening för Palliativ medicin är en sammanslutning av läkare och läkarstuderande med intresse för palliativ medicin.

Föreningens syfte är att främja utvecklingen av palliativ medicin i Sverige genom att verka för god utbildning i ämnet på alla nivåer inom den medicinska professionen, uppmuntra och främja forskning och utveckling samt sprida kunskap om vad som är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet inom god palliativ vård.

SFPM är en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund och associerad förening inom Svenska Läkaresällskapet.

SFPM höll vårmöte i Norrköping 3-4 april. Vi fick bland annat ta del av olika spaningar mot framtiden. Arbetsgrupper som arbetat under året redovisade sina resultat som sedan diskuterades. Särskilt aktuella är frågorna om palliativ medicin som tilläggsspecialitet och hur SFPM ser på avgränsningen mellan allmän och specialiserad palliativ vård. Läs mer om detta på vår hemsida: sfpm.se

Även årsmöte hölls, och den nya styrelsen består av:

- Elisabeth Löfdahl, suppleant, Göteborg
- Tora Campbell-Chiru, ordinarie, Karlskrona/Stockholm

- Karin Fransson, ordinarie, Kalmar
- Eva Gyllenhammar, ordinarie, Stockholm
- Karin Jonsson, suppleant, Visby
- Staffan Lundström, ordinarie, Stockholm
- Marit Karlsson, ordinarie, Linköping
- Carolina Magnusson, ordinarie, Norrköping
- Henrik Ångström, ordinarie, Umeå,
- Vetenskaplig sekreterare: professor Peter Strang.

Under året kommer styrelsen att koncentrera sig på att arbeta med införandet av palliativ medicin som tilläggsspecialitet. Två arbetsgrupper bildas under hösten; den första fokuserar på hur våra medlemmar kan uppnå de krav som kommer ställas för att erhålla specialistbevis i palliativ medicin (kontaktperson Carolina Magnusson), och den andra arbetsgruppen fokuserar på undervisning i palliativ medicin på läkarprogrammen i Sverige (kontaktperson Staffan Lundström).

Mer information samt mailadresser finns på vår hemsida (www.sfpm.se). Följ oss gärna på Facebook (www.facebook.com/palliativmedicin).



Program för utbildningsdagen den 20 oktober 2014 Bräcke utbildningscenter Göteborg

09:00 – 09:40 Registrering med kaffe och fralla
 09:40 – 10:00 Inledning av UFPO's styrelse
 Stipendieutdelning
 10:00 – 11:00 Presentation av Bräcke Diakoni
 Kristina Berg, vårdutvecklare
 11:00 – 11:30 Kaffe och mingel
 11:30 – 12:30 Hur sköter vi bäst den äldre/sjuka människans sår?
 Åsa Gustavsson, stomiterapeut
 Universitetssjukhuset i Linköping
 12:30 – 13:00 Presentation av Mölnlyckes produkter
 Anneli Bjönness, produktspecialist
 13:00 – 14:00 Lunch
 14:00 – 14:45 Vilken skillnad är det på stomierna? Vad bör vi tänka på?
 Åsa Gustavsson
 14:45 – 15:30 Presentation av Coloplast produkter
 Catarina Häll Henriksson, produktspecialist
 15:30 – 15:45 Kaffe och mingel
 15:45 – 16:45 Det svåra samtalet
 Birgitta Wallhagen, kurator (tidigare kurser på Liljeholmens folkhögskola)
 16:45 – 17:00 Avslutning med lotteridragning



FOTO: WIKIPEDIA

Anmälan:

Sista anmälnings- och inbetalningsdag är 1 oktober 2014

Kostnad:

Anmälningsavgift: Medlem: 600:-
 Icke medlem: 1200:-

Mer information och anmälan se www.ufpo.se



Förbundet
Sveriges Arbetsterapeuter

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Utskottet för onkologi och palliativ vård inbjuder till nätverksträff

- Tid: 8 december 2014, kl. 10:00 – 15:30
- Plats: FSAs kansli, Planavägen 13, Nacka
- Målgrupp: Leg. arbetsterapeuter

Syftet med dagen är att beskriva innehållet i Nationella vårdprogrammet för Cancerrehabilitering och Nationella riktlinjer för Palliativ vård ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv, samt att ge tid för diskussion.

Medverkande:

- Kristina Hultman, Utskottet för onkologi och palliativ vård
- Heidi Augustesen, Utskottet för onkologi och palliativ vård
- Maria Roos, Utskottet för onkologi och palliativ vård
- Antal deltagare:
- Minst 12 max 33

Kostnad:

300 kronor, exklusive moms, inklusive fika och lunch. Icke medlem i FSA betalar dubbel avgift.

Anmälan:

Sista anmälningsdag är den 24 november 2014. Vid kö har medlemmar företräde. För mer information och anmälan, se www.fsa.se/Om-forbundet/Kalendarium

Se också gärna nätverksträffen som anordnas av Medicin/ neurologi-utskottet den 9 december för arbetsterapeuter som arbetar med kroniskt obstruktiv lungsjukdom.



SJUKSKÖTERSKOR I CANCERVÅRD

Sjuksköterskor i cancervård är en nationell ideell förening för sjuksköterskor med intresse att utveckla och förbättra svensk cancervård. Föreningen bildades redan 1988, då det saknades ett forum för sjuksköterskor inom cancervården och har idag drygt 800 medlemmar. Föreningen företräder professionens kunskapsområde inom cancervård med syfte att medverka till hälso- och sjukvårdens framåtskridande. Föreningen arbetar för att främja forskning, utveckling och utbildning inom cancervården.

Sjuksköterskor i cancervård är en fristående sektion inom Svensk sjuksköterskeförening och en av föreningarna i NRPV. Sjuksköterskor i cancervårds verksamhetsområden omfattas av cancerprevention och cancervård i alla sjukdomsstadier och alla vårdformer. Sjuksköterskor med intresse för föreningens verksamhetsområden och/eller arbetar inom cancervård är välkomna att bli medlemmar.

Styrelsen består av 9 stycken sjuksköterskor med yrkesinriktad och geografisk spridning, där vi är verksamma inom såväl klinisk verksamhet som forskning och utbildning, för att på bästa sätt företräda våra medlemmar. Föreningen är en aktiv förening som skriver remissvar till en rad remissinstanser, som t.ex. Socialstyrelsen, vårdprogramgrupper m.m. Föreningen finns också ofta representerade i workshop anordnade av SSF, Socialstyrelsen m.fl.

Revidering pågår av Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med speciallistsjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård.

Under hösten 2014 är förebereelserna i fullgång för den andra multiprofessionella konferensen i samverkan med Svensk onkologisk förening. Den kommer att äga rum i Umeå 17-20/3 2015.

Det finns fem aktiva nätverk inom föreningen: Nationellt nätverk för vårdforskning inom cancervården, Nationellt nätverk för cancerrelaterad fatigue, Nätverket för sjuksköterskor inom sarkomvård, Nätverket för utvecklingssjuksköterskor inom Radioterapi, samt Nätverk för sjuksköterskor inom bröstcancervård.

För att stimulera svensk cancervård och dess sjuksköterskor finns som medlem i Sjuksköterskor i cancervård konferensstipendium, nätverksstipendium och medlemsstipendium att söka. Föreningen ger ut tidskriften Cancervården.

Medlemsavgiften är 250 kr/år.

För mer information se hemsidan www.cancervarden.se

SPN - Svenskt Palliativt Nätverk

SPN – Svenskt Palliativt Nätverk är ett nätverk för alla som är intresserade av och arbetar för och med palliativ vård. SPN består av en hemsida samt ett månatligt kostnadsfritt elektroniskt nyhetsbrev.

På hemsidan www.stockholmssjukhem.se/spn finns aktuell information om palliativ vård, dokument och länkar i det palliativa intresseområdet.

SPN utgör en del av det Nationella Rådet för Palliativ Vård och bidrar till det Nationella Rådet med att sprida nyheter och annan information om palliativ vård. SPN:s kansli finns på Stockholms Sjukhem, sedan starten 2002, och stöds men är oberoende av Stiftelsen Stockholms Sjukhem.

Vill du ha nyhetsbrevet till din e-postadress så uppge namn yrkestillhörighet och arbetsplats och anmäl dig till infospn@stockholmssjukhem.se

Vi vill gärna ha kunskap om vad som sker i den palliativa vården ute i landet och tar tacksamt emot information.

Hör av dig till: infospn@stockholmssjukhem.se

Sylvia Sauter
Koordinator

Carl Johan Fürst
Överläkare

Pia Malmberg - undersköterska

TEXT: EVELYN PESIKAN

Första kontakten med sjukvården var 1972, som utbildad biträde på Thorax-intensiven i Lund. Istället för att bli avskräckt kände Pia Malmberg direkt att hon hade hamnat i rätt bransch. Efter många år på "golvet" grundade hon UFPO 2004 och idag fortsätter hon att aktivt kämpa för undersköterskornas rätt till kompetensutveckling.

Pia Malmberg är 63 år och kommer från Göinge-bygden i norra Skåne, en trakt som en gång blev känd för sin upproriskhet mot överheten. Numera bor hon i Åhus men det verkar som om hon har fått med sig lite av Snapphanegenerna. För energin och målmedvetenheten är det inget fel på när det gäller Pia, som i hela sitt vuxna liv har arbetat för att stärka och utveckla sin yrkeskår. Det värsta hon vet är när hennes kollegor säger "jag är BARA undersköterska".

— Det är en profession att vara mycket stolt över, det finns inget "bara" här. Jag kände redan under min första tid som biträde att jag ville vara nära patienterna och hade inga starka önskningar att utbilda mig till sjuksköterska. Under alla mina närmare 40 år som undersköterska har jag älskat mitt jobb. Däremot hade jag som ung en dröm om att bli lärare och även den har ju faktiskt blivit verklighet idag, säger Pia, som sedan ett år driver företaget PalliCare som erbjuder föreläsningar och studiecirkelar för undersköterskor. Hon har även tagit fram den webbaserade utbildningen i palliativ vård för undersköterskor via Lära Nära och ansvarat för en 15-poängskurs i palliativ vård för specialistundersköterskor i cancervård vid Yrkeshögskolan i Eslöv. Eftersom hon tidigt hamnade i den palliativa vården och bland annat var med och startade Lunds Hospice 1994 såg hon att det saknades särskild utbildning i palliativ vård för just hennes yrkesgrupp.

— Det var orsaken till att UFPO grundades 2004. Jag var ordförande de första sex åren men kände sedan att jag borde släppa fram nya friska krafter och avgick. Idag har föreningen cirka 170 medlemmar men Pia anser att behovet av ökad kunskap och utbildning inom palliativ vård fortfarande är stort.

— Det är mycket att göra i vården idag och ändå är fokus är inte tillräckligt stort på patienter och närståendes behov. Ingen tycks längre orka eller se helheten. Ökad kunskap på alla nivåer är jätteviktigt och den som är engagerad i sitt arbete måste i dag själv söka kunskap. Det borde vara ett krav att ledningen ser till att



personalen är välutbildad, för att skapa trygghet för både patienter och närstående, detta för att vi ska kunna ta hand om dem på bästa sätt.

För att vara nära pensionen är Pia en otrolig pigg och aktiv person som sprudlar av idéer och äkta engagemang.

— Jag är faktiskt i total avsaknad av trötthet, skrattar hon och berättar att hon även hinner med att vara mormor på deltid. Trots att hon själv är så aktiv uppmanar hon ändå sina kollegor, de som varje dag finns nära patienterna, att stanna upp en stund då och då och reflektera över sin arbetssituation.

— Att vara närvarande i det man gör är så viktigt och med ödmjukhet kommer man långt. Det kan vara nog att göra så gott man kan för en enda patient, det är bättre än att hasta förbi hundra.

www.pallicare.se



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Nationella Rådet för Palliativ vård – NRPV är en ideell förening med uppgift att verka för en samordnad palliativ vård i hela landet och består av föreningar och nätverk inom palliativ vård. NRPV är ett forum för utbyte av idéer och information som rör palliativ vård och ska identifiera områden där palliativ vård behövs, uppmärksamma dessa samt initiera förbättring.

NRPV ska även sprida information om palliativ vård till professionella och allmänheten samt delta i samhällsdebatten inom det palliativa området. Läs mer på www.nrpv.se

Palliativ Vård

Tidskriften för Palliativ vård i Sverige

ANSVARIG UTGIVARE

Carl Johan Fürst

Överläkare, professor, Lund
SPN - Svenskt Palliativt Nätverk

CHEFREDAKTÖR

Sylvia Sauter

Leg. sjukgymnast, DIHR
Stockholm
Koordinator
Tel: 08 – 617 93 04
info@nrpv.se

REDAKTION

Solveig Hultkvist

Kurator, Stockholm
SiP

Olav Lindquist

Leg. sjuksköterska, med. dr, Umeå
SFPO

Elisabeth Löfdahl

Överläkare, processledare, Göteborg
SFPM

Evelyn Pesikan

Medicinjournalist, Stockholm
Evelyn.pesikan@gmail.com

ANNONSER

Adviser Försäljning AB
Linda Larsson-Levin
0733-22 88 35
08-551 785 85
linda@adviser.se

TRYCK

DanagårdLiTHO

UPPLAGA

3000 exemplar

ISSN

2001-841X

FOTO OMSLAG

Shutterstock

UTGIVNINGSPLAN

Nr. 4 - Sår i kropp och själ

PRENUMERATION

4 nr/år Pris 200:-

För att prenumerera på *Palliativ Vård* –
Tidskriften för palliativ vård i Sverige gå till:
www.nrpv.se

Palliativ Vård – Tidskriften för palliativ vård i Sverige ges ut med stöd av Stiftelsen
Stockholms Sjukhem och Palliativt centrum vid Lunds Universitet och Region Skåne.

Palliativ Vård – Tidskriften för palliativ vård i Sverige tar inget ansvar för material som ej är
beställt. Citera gärna ur tidskriften men ange alltid källan och respektera upphovsrätten.
Redaktionen delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs i artiklarna.



FEM ANLEDNINGAR ATT FÖRSKRIVA DEXAMETASON ABCUR

TERAPEUTISKA INDIKATIONER

Tillstånd där kortikosteroidernas antiinflammatoriska och immunosuppressiva effekt är önskvärd. Framför allt för intensiv behandling under kortare tid.

Hjärnödeme eller ökat intrakraniellt tryck till följd av hjärntumör.

Vid behandling av bröstcancer, cancer i äggstockar, prostata eller testiklar när kortikosteroidernas effekt är önskvärd.

Profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt.

Diagnostiskt test av hypofys och binjurebarkfunktionen.

Ekvivalenta dosmängder

- Dexametason är ungefär ekvivalent med betametason mg för mg.
- Dexametason är 4-6 gånger mer potent än metylprednisolon och triamcinolon.
- Dexametason är 6-8 gånger mer potent än prednisolon och prednison.
- Dexametason är 25-30 gånger mer potent än hydrokortison.
- Dexametason är ca 35 gånger mer potent än kortison.

H02AB02 (dexametason) Rx.F Dexametason Abcur ingår i läkemedelsförmånerna med följande begränsning:
Subventioneras endast när andra kortikosteroider inte kan användas. Glukokortikoid. Namn: Dexametason Abcur tablett 1 mg, 4 mg. Indikation: Tillstånd där kortikosteroidernas antiinflammatoriska och immunosuppressiva effekt är önskvärd. Framför allt för intensiv behandling under kortare tid. Hjärnödeme eller ökat intrakraniellt tryck till följd av hjärntumör. Vid behandling av bröstcancer, cancer i äggstockar, prostata eller testiklar när kortikosteroidernas effekt är önskvärd. Profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt. Diagnostiskt test av hypofys och binjurebarkfunktionen. Utsättning: Bör ske successivt efter en längre tids behandling. Hastigt utsättande kan leda till akut binjurebarksinsufficiens. Efter höga doser eller långvarig behandling bör utsättning av kortikosteroider därför endast ske genom nedtrappning av dosen. Produktresuméns senaste översyn 2013-10-07. För fullständig information och pris, se www.fass.se. www.abc.se

MaxXcare hälavlastning

Perfekt form och komfort



Invacare® MaxXcare hälavlastning ger utmärkt komfort för brukare med hög risk att utveckla trycksår. Hälavlastningen kan även användas som ytterligare åtgärd för existerande trycksår på hälen och vristen.

Invacare® MaxXcare hälavlastning minskar smärta under längre perioder av sängläge samt hjälper till att förhindra dropptot.

Invacare® MaxXcare hälavlastning är en produkt som bygger på principen att avlasta med inkapslad luft.

JUST NU till kampanjpris!

Köp 4 betala för 3!

Nu 1485 kr ex moms!

(Ord pris 1980 kr ex moms)

Uppge kampanjkod M-CARE13 vid beställning

Kampanjen gäller till 31 december 2014

www.invacare.se

VICAIR®



Yes, you can.®