Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 4 · 2018

TEMA:

Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

Nationella Rådet för Palliativ Vård

OPIOIDORSAKAD FÖRSTOPPNING? – BEHANDLA DÄR DEN UPPSTÅR

- MOVENTIG® (naloxegol) är en µ-opioid-receptor-antagonist som verkar perifert i magtarmkanalen utan att påverka smärtlindringen.[1*]
- MOVENTIG® tas som en daglig tablett under hela opioidbehandlingen.[1]
- MOVENTIG® kan användas tillsammans med alla opioider oavsett dos och administrationsform.[1]

REFERENSER:
1. MOVENTIG Summary of Product Characteristics, January 2018.

* Se avsnitt 4.4 Varningar och försiktighet angående patienter med skador på blod-hjärn-barriären.

KYOWA KIRIN

Kyowa Kirin AB | Torshamnsgatan 39 | SE-164 40 Kista | Sweden
Tel +46 8 50 90 74 10 | E-post: infose@kyowakirin.com | www.kyowa-kirin.com

moventig® naloxegol

▼ **Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.**

MOVENTIG® (naloxegol) 12,5 mg och 25 mg filmdragerade tabletter, Rx, (F). Naloxegol fungerar som en perifert verkande my-opioidreceptorantagonist i magtarmkanalen och minskar därmed de förstoppande effekterna av opioider utan att påverka den opioidmedierade analgetiska effekten på centrala nervsystemet. Rekommenderad dos av Moventig är 25 mg en gång dagligen (12,5 mg för specialpopulationer). För patienter som inte kan svälja tabletten hel kan Moventigtabletten krossas till ett pulver och blandas i vatten. Blandningen kan också administreras genom en nasogastrisk sond. **Indikation:** Behandling av opioidorsakad förstoppning (OIC, opioid-induced constipation) hos vuxna patienter med otillräckligt behandlingssvar på laxermedel. För definition på "otillräckligt behandlingssvar på laxermedel", se nedan.# För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se. **Moventig har subvention med begränsning:** Subventioneras endast för patienter med opioidorsakad förstoppning med otillräckligt behandlingssvar på laxermedel. www.tlv.se.

För att kategoriseras som otillräckligt behandlingssvar på laxermedel måste patienten under de senaste två veckorna haft OIC-symtom av minst måttlig allvarlighetsgrad samt behandlats med laxermedel av minst en laxermedelsklass under minst fyra dagar. SPC Jan 2018.

MOV031-1-MAJ2018SE

Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

Begreppet folkhälsa brukar förknippas med prevention och det är inte helt självklart att använda begreppet i relation till svårt sjuka och döende, om man inte breddar definitionen. Nestorn för det palliativa folkhälsoperspektivet Allan Kellerhear, har redan 1999 definierat folkhälsoperspektivet i palliativ vård som: ”Det viktigaste målet för hälsofrämjande palliativ vård är att stärka känslan av kontroll och stöd för dem som lever med en allvarlig, livshotande sjukdom. Det handlar inte om att ”förneka” dödens allvar för den som får palliativ vård, utan snarare ett gemensamt erkännande av att vi alla ska dö…” fritt översatt.

Det gäller inte att förebygga döden – förstås - utan att öka medvetenheten och öppenheten om att vi alla ska dö. Dessutom behöver vi vara bättre förberedda inför livets slut också för att sorgeprocessen ska bli så bra som möjligt. Det handlar om allas inställning till att vi ska dö och hur vi kan underlätta att göra övergången från liv till död, så bra som möjligt. En del handlar om att tala om döden, att våga benämna den och att ha modet att möta medmänniskor i sorg eller personer som inte har lång tid kvar att leva. Det blir då självklart att vi måste nå ut i samhället med kunskap om döende och död och om palliativ vård till unga och gamla, alla ska inkluderas. Det finns många olika sätt att arbeta med ett folkhälsoperspektiv i palliativ vård och i detta nummer finns flera goda exempel att bli inspirerad av. Temat börjar på sid 6 med en historisk tillbakablick.

I SPN det månatliga nyhetsbrevet, ombads ni tidigare i höst att komma med tips på bra sätt att arbeta kliniskt – för andra verksamheter att bli inspirerade av. Flera goda exempel har skickats in, läs på se sid 32. Det kommer fler goda exempel i nästa nummer av tidskriften.

Ensamhet var temat för förra numrets debattartikel. Det är ett aktuellt tema som även diskuteras internationellt. Om det engelska ordet loneliness översätts till ensamhet så fanns det inte i det engelska språket före 1800. Är ensamhet något som hör till eller kommit med det moderna sättet att leva? Har ensamheten ökat? Hur definieras den? Vad innebär det att vara ensam? Och många andra frågor. I detta nummer kommer ett svar på artikeln från nr 3 2018, debattartikeln finns att läsa på www.nrpv.se. I detta nummer finns det även en replik på svaret, se sid 38

Detta är mitt sista nummer som chefredaktör. Det har varit mycket givande att få starta och utveckla Sveriges första och hittills enda tidskrift om palliativ vård. Från en osäker start till en ganska etablerad multiprofessionell tidskrift på fem år. Man skulle kunna säga att tidskriften följer den palliativa vårdens utvecklingskurva - det går framåt. Tack för all feedback och för alla bidrag från så många intresserade och kunniga skribenter.

Välkommen Linda Swartz, tidskriftens nya chefredaktör. Det är med varm hand jag överlämnar stafettpinnen till Linda som har ett mycket stimulerande arbete framför sig, med många positiva kontakter med engagerade medarbetare inom den palliativa vården.

Sylvia Sauter
Chefredaktör

Innehåll

4. Tema: Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

6. Folkhälsans många ansikten

8. Döden berör oss alla

10. E-postdiskussion - problem och trender

12. "Död, sorg, liv - och andra viktiga saker"

14. Folkhälsomyndigheten stöder Randiga huset

15. Death Education I Lund

16. En vecka om palliativ vård för allmänheten

18. Maraton i parken - inklusive vätskekontroll

19. DöBra-kortleken

20. DöBra-kortleken i undervisning

21. DöBra-kortleken för samtal inom ASIH

22. Palliativ vård utan gränser

25. Svenska Palliativregistret - en guldgruva för forskning i palliativ vård

27. Intervju-Carol Tishelman

30. Patientfall

32. Goda exempel - Tips

34. Vetenskaplig kommentar

35. Krönika

36. Debatt

38. Debatt-svar

39. Varmt välkommen till Östersund!

41. Medlemssidorna

Foto: Adobe Stock

Ringblomman var symbolen för döden i den Aztekiska kulturen. Den räknas som dödens blomma och är fortfarande populär i olika ceremonier i Mexico på "Día de los Muertos" - dödsfesten - och antas lyfta fram själen av nära och kära.

Dödens blommor

Så ofta Döden går förbi,
dra gudarna på munnen.
Hans frack finns inga knappar i,
och västen är försvunnen.
En gammal ungkarl utan hem,
en halft förfallen broder,
han går med skorna utan rem
och skörten utan foder.

Hans nötta hatt blef år från år
i pannan lägre makad.
Den borst, som hvass på hakan står,
blef grå men aldrig rakad.
Hans ögonspringor kisa skumt,
och tankspridd rör han läppen.
Så tassar Döden krökt och stumt
med armen lagd om käppen.

Werner von Heidenstam
Dikter 1924

Folkhälsans många ansikten

TEXT // JONAS ENGMAN

Vad är hälsa? Ja, den frågan låter sig inte enkelt besvaras. Historiskt sett går ordet hälsa tillbaka på lycka och välfärd. Att hälsa på eller till någon betyder med andra ord att symboliskt föra över lycka till en annan person. Termen folkhälsa är lite lättare att definiera, eftersom den dyker upp långt senare i historien. Man kan förlägga den moderna innebörden till 1900-talets välfärdssamhälle, där det skapades hela vårdstrukturer och enorma resurser satsades på folkets hälsa, det vill säga på kollektivets hälsa i mer medicinsk mening – ”fullgoda kroppsfunktioner” står det i Nationalencyklopedin.

För folklivsforskaren med intresse för det historiskt och kulturellt föränderliga, är det utmanande att sätta in ordleden folk och hälsa i ett bredare sammanhang. Till att börja med - bortom vår tid är folkhälsa en anomali – fram till 1700-talet var tanken på att lägga samhällets resurser på folkets hälsa avlägsen. I den mån samhället hade kollektiva resurser, så gick de till krigföring, kyrkan och andra institutioner. Hälsan, om den alls var en fråga, såg som en privat angelägenhet. Det närmaste man vid denna tid kommer begreppet ”hälsa” är frågor som rör svält och undernäring, där ett ansvar för de mindre bemedlade blir ett moraliskt dilemma – ibland med fingret pekat mot de högre ståndens.

Men även om det tidigt moderna samhället var hårt, livslängden kort och barnadödligheten enorm, fanns det under 1700-talet moraliska synpunkter på lidande. I synnerhet den höga barnadödligheten innebar att folkets hälsa kom att uppmärksammas alltmer. Detta är länkat till större förändringsprocesser och upptäckter som leder mot en modernare tid. Den erkända betydelsen av god hygien, framväxten av ny medicin och även av jordbruksinnovationer under 1800-talet bidrar. Hushållningssällskapen, som bildades kring 1800, först i Finland och något senare i Sverige, verkade för effektivare försörjning och kan på det sättet kopplas samman med den tidens ökande uppmärksamhet på människors umbäranden.

Sjukvård i en någorlunda modern mening var utom räckhåll för de allra flesta. I städerna inrättades en form av sjukhus, men de flesta vårdades och dog hemma. För landsbygdsbefolkningen var sjukhus helt okända. Läkare fanns för de bemedlade. För andra – i stort varenda en i Sverige – var familjen den främsta vårdinstansen, det vill säga den traditionella kunskap som man kände till. Botemetoderna gick längs två linjer, längs den ena fanns en ganska god kunskap om benbrott, örtmedicin och sådant som vi idag ser fungerar. Längs den andra finns magisk sjukdomsbot, som i det förindustriella samhället utfördes av de kloka. Det är i denna vårdform som vi finner läsning av trollformler. Men det fanns även magiska metoder för att få hälsa eller undvika sjukdom. För havande kvinnor kunde det vara lockande att för att slippa förlossningssmärtor krypa genom en fölhinna, hästens fosterhinna. Eller så kunde detta vara ett medel att ge barnet hälsa, till och med förmågan att kunna bota sjukdomar. Men priset blev högt. Ett flickebarn blev mara och en pojke blev varulv. Maran red djur om nätterna, vilket var en vanlig förklaring till att boskapen blev sjuk. Pojken förvandlades till varg om nätterna och om olyckan var framme, blev han skjuten eller infångad. Bondesamhällets metoder för att få hälsa kan i våra ögon te sig naiva och okunniga – men det är helt fel. Det finns en egen rationalitet i dem, en pragmatism och tydliga orsakssamband. Människor använde den kunskap som fanns.

Fattigvård - en del av folkhälsan?

Det skulle man kunna tänka sig. Fattigvård har funnits i Sverige sedan medeltiden, då kopplad till kyrkan. Med under reformationen tog staten över denna roll, men socknarna blev fortsatt ansvariga för den ytterst begränsade vården av mindre bemedlade. Bakgrunden var viljan att minska tiggeriet, som officiellt förbjöds. I praktiken tilläts tiggeri, i brist på fattigvård. Först under 1800-talets senare hälft moderniserades fattigvården, och styrningen kopplades till socknar och sedermera kommuner.

Var kommer folkhälsan in?

Först i samband med att frånvaron av sjukdom blev en samhällelig angelägenhet, kan vi på allvar tala om folkhälsopolitik. Den politiken växte fram under 1900-talet och kan kopplas samman med de nordiska välfärdssamhällenas framväxt. I vår egen tid är folkhälsan en ihållande utmaning, men nu beror många sjukdomar – folksjukdomar – på överflöd istället för undernäring. Vi äter ihjäl oss, en tanke som för ett par hundra år sedan bara fanns i folksagor. Den tyska sagan om Schlaraffenland, där väggarna tapetserats med pannkakor, stekarna kommer flygande i luften och människor kunde äta sig mätta på kött var ett fantasiland. Eftersom människor inte blev så gamla, utvecklade de inte samma sjukdomar som vi hinner göra under våra långa liv. De flesta dog av, för oss, triviala sjukdomar.

Synen på folkhälsa är förstås en ideologisk fråga och vi har betraktat hälsa på olika sätt. Så sent som under 1930-talet propagerade vissa ideologiska krafter i Sverige för rasrenhet och rashygien som en del av folkhälsan. Ett rasrent folk antogs innebära ett friskt och sunt folk.

Idag är brist på hälsa en del av EU:s fattigdomsbegrepp, som också definieras av låg utbildning och låg inkomst. Sorgligt nog har vi fattigdom i vårt land, paradoxalt nog på grund av att vården inte alltid förmår fånga upp människor i fattigdom. På detta sätt är folkhälsa bara till del en fråga om somatisk hälsa – den hänger samman med människors hela livssituation.
Nu som då.

Jonas Engman
Fil. dr, chef för Nordiska Museets arkiv

Fenik

PleurX® är den effektiva lösningen för återkommande ascites och pleuravätska

Patienter med återkommande ascites och pleuravätska vill slippa symptom och upprepade ingrepp.

PleurX® produkter erbjuder en säker, enkel och kostnadseffektiv tappning av recidiverande ascites och pleuravätska i hemmet. Livskvaliteten för patienterna ökar.

Kontakta oss gärna för mer information.

Mail: info@fenik.se
Telefon: 08-25 11 69

www.fenik.se

Döden berör oss alla -
folkhälsoperspektiv på döende och död

TEXT // IDA GOLIATH & CAROL TISHELMAN

Sveriges befolkning blir allt äldre liksom befolkningen i många andra delar i världen. Endast cirka 20 procent av dödsfallen i Sverige sker oväntat så vi kan förutsäga att behovet av kvalificerad vård och omsorg kommer att öka. Samtidigt som behovet ökar, blir resurserna inom omsorg och hälso- och sjukvård allt mer ansträngda. Detta vet Sveriges största vårdgivare - familj och vänner.

Det är inte lätt att navigera i de system för hälso-och sjukvård och omsorg som finns i Sverige. Vilka instanser kan hjälpa mig att hantera alla nya frågor och utmaningar, från praktiska till existentiella, när döende, död och sorg blir en del av vardagen? Vilka delar i människors liv ska formella system stödja när livets slut närmar sig? Till exempel, till vem eller vilka ska jag vända mig med mitt problem med att få hem mjölk och kaffe eller någon att prata med när kaffet väl är klart, när maken är förvirrad och jag inte vågar lämna hemmet? Det är tydligt att dessa frågor inte kan och inte ska lösas av en dyr och resurskrävande högspecialiserad palliativ vård. Med frågor som dessa som en utgångspunkt väcktes ett internationellt intresse för ett folkhälsoperspektiv i samband med livets slut.

Ett folkhälsoperspektiv erbjuder möjligheter att fokusera på hela populationer, närsamhällen och individer, och kompletterar därmed den professionella vård- och omsorgens fokus på patienter, närstående och vårdpersonal.

En kort historik

När FNs Ottawa Charter for Health Promotion fastställdes 1986, var det en viktig markör i en rörelse från en medicinsk modell för hälsofrämjande arbete mot en mer samhällsorienterad modell. Detta kallas ofta ”det nya folkhälsoperspektivet”. Hälsofrämjande arbete är beskrivet som ”den process som ger förutsättningar för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa”. Enligt Ottawa Charter, är det de som lever, arbetar och verkar i ett närsamhälle som har nödvändig kunskap och borde vara huvudaktörerna i att främja hälsa. Professionellas och beslutsfattares roll blir att på olika sätt bistå dem för att möjliggöra deras insatser.

Ottawa Charters hälsofrämjande arbete får en tydlig riktning genom fem handlingsområden:

- att bygga en hälsoinriktad samhällspolitik,
- att skapa stödjande miljöer för hälsa,
- att stärka insatser som sker på lokal samhällsnivå,
- att utveckla färdigheter och förmågor,
- att anpassa hälso- och sjukvårdens mandat.

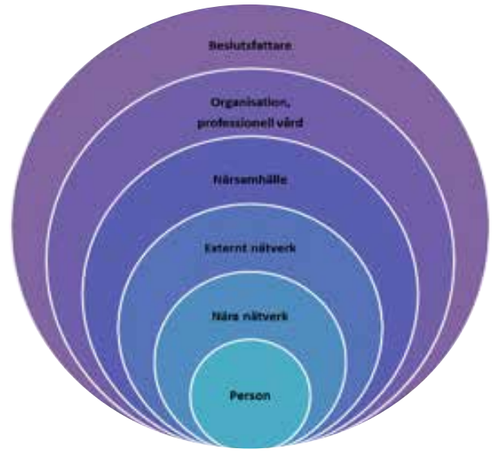
Det var inte förrän i slutet på 1990-talet som Ottawa Charter började appliceras också i relation till livets slut. Begreppet ”hälsofrämjande palliativ vård” myntades då av den australiensk sociologen Allan Kellehear för att beskriva mötespunkten mellan Ottawa Charters syfte och ett utvidgat palliativt förhållningssätt. Ett hälsofrämjande perspektiv på livets slut, utvidgar ett patient-nära fokus till att inkludera fler än de som redan har kontakt med vård och omsorgssystemet, det vill säga hela befolkningen - individer i sina sociala sammanhäng med vänner, bekanta, grannar, och andra formella och informella grupper i närsamhället.

Jämlik vård

I ett folkhälsoperspektiv som främjar hälsa i livets slut ingår många komponenter, till exempel att arbeta för en jämlik vård. I Sverige idag vårdas huvudsakligen personer med cancer i den specialiserade palliativa vården, trots att endast ca 25 procent av dödfallen är cancerrelaterade. Utöver diagnostiska ojämlikheter finns det stora geografiska skillnader i tillgång till vård i livets slutskede i eller nära hemmet. Adekvat nivå av vård och omsorg bör vara tillgänglig för de som behöver det, det vill säga högspecialiserad vård när sådan krävs, men även en väl utbyggd samhällsstruktur för andra behov i samband med livets slut.

Förebyggande arbete

Förebyggande arbete är en annan grundkomponent. Traditionellt har folkhälsa varit inriktad på olika initiativ och insatser i samhället som förebygger ohälsa och död. Hälsofrämjande palliativ vård har fokus på att förebygga och förhindra onödigt lidande i relation till livets slut, snarare än att förhindra själva döden. Ett kännetecken för det hälsofrämjande palliativa arbetet är att använda metoder som involverar icke-professionella i prevention och tidiga åtgärder. Dessa initiativ har använt olika sätt för att ge människor möjlighet att mötas, diskutera och reflektera över livets slut genom till exempel så kallade dödscaféer, ”advance care planning” för att i förväg tala om värderingar och prioriteringar inför livets slut; DöBra-kortleken – artiklarna som verktyg för detta på sid xx, med mera.



Figur: stödcirklar i livets slut (översätt från Abel et al (ref)

Partnerskap och samarbete

Partnerskap och samarbete är ännu en komponent, en av de väsentligaste, i ett folkhälsoperspektiv. Det finns en rad naturligt förekommande stödjande nätverk i vår närhet. I grannskapet, på arbetsplatser, inom utbildningar och i andra sammanhang där människor möts, till exempel idrottsföreningar, föräldraföreningar, pensionärsorganisationer, bokklubbar, hembygdsföreningar, för att nämna några. Grupper och nätverk i närsamhället har kunskap om och tillträde till delar av människors liv som ligger utanför de professionellas sfär och har resurser som kan bidra till att förbättra livets slut på olika sätt. Att medvetet stödja dessa nätverk bidrar till det som har börjat kallas ”compassionate communities”. Det är en utmaning att översätta detta allt mer använda begrepp, då det inte finns direkt svensk motsvarighet varken till ordet ”compassionate” eller ”community”. Compassionate kan översättas till medkänsla och community kan betyda både känsla av gemenskap och närsamhälle.

Andemeningen i begreppet är att stödja medmänsklighet i närsamhället, så att människor bättre och tillsammans kan klara av att hantera sjukdom, döende, död och sorg. Det är väl känt att ge och få stöd av sina medmänniskor är värdefullt i många sammanhang, både för den som ger och för den som får stödet, och det har visat sig stämma även i samband med livets slut. Figuren, som återger en modell av Abel, visar det han kallar ’stödcirklar’ i livets slut.

Hälsofrämjande palliativ vård och en systematisk utveckling mot ett samhälle som på ett mänskligare sätt hanterar frågor kring döende, död och sorg har spridit sig internationellt, framför allt i engelsktalande länder. 2015 lanserade Kellehear och kollegor det de kallar Compassionate Cities Charter som anger en rad konkreta fokusområden för att påbörja samhällsförändringar i relation till livets slut. En nödvändig förutsättning för att åstadkomma verklig och hållbar förändring är enligt Compassionate Cities Charter ett systematiskt tillvägagångssätt med förankring i alla relevanta policy- och beslutsnivåer i en stadsdel, kommun, stad eller region. Så som att skolor, arbetsplatser och fackföreningar åtar sig att utarbeta sätt för att stödja människors utmaningar i mötet med döende, död och sorg. Att religiösa samfund initierar grupper eller system för att ge stöd, att verksamheter inom palliativ vård och inom äldreomsorg arbetar utåtriktat tillsammans med medverkande från närsamhället, förebyggande och i informationssyfte och att museer och gallerier arrangerar utställningar om döende, åldrande, förlust, såväl som om vård och omsorg med mera.

Sammanfattningsvis

Det övergripande syftet med ett folkhälsoperspektiv i livets slut är att öka tillgången till stöd för att förbättra livs-och dödskvalitet för den döende, för de närstående och för andra som står dem nära. Partnerskap, förebyggande arbete och jämlikhet är centrala begrepp i detta nya folkhälsoperspektiv. Döende, döden och sorg ses som naturliga delar av livet och en, för de flesta, huvudsakligen social och existentiell händelse, snarare än en medicinsk vårdhändelse. Dessa synsätt får konsekvenser för hur frågor om döende, död och sorg hanteras i samhället och erbjuder därmed fler möjligheter att stödja människors välbefinnande, återhämtning och egen kapacitet.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Ida Goliath
Leg sjuksköterska, Med. Dr. Avdelningen för innovativ vård, Institutionen för Lärande, informatik, management och etik vid Karolinska Institutet
e-post: ida.goliath@ki.se

Carol Tishelman
Leg. sjuksköterska, DrMedSc, Investor professor i innovativ vård och omsorg, Avdelningen för innovativ vård, Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska Institutet, samt vid Glesbygdsmedicinskt Centrum, Storuman och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO);
e-post: carol.tishelman@ki.se

Foto: Stefan Zimmerman

Tema: Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

E-postdiskussion - problem och trender

Elisabet Löfdahl
Överläkare, Göteborg

INTE BARA SPANARNA PÅ RADIO söker trender i tiden - det är aktuellt också för redaktionsgruppen för Palliativ Vård. Vi fokuserar nu på strömningar och trender kring döden i samhället.
I vardagen, i sjukvården vid ett större sjukhus, tycker jag det är mycket tydligt att döden förflyttas allt längre ut i marginalen. Samtal inom sjukhuset om palliativa och etiska frågor blir mer sällsynta. Palliativregistret faller i glömska och vårdens inriktning blir allt mer inriktad på liv till varje pris. Patienter inom onkologin blir föremål för avancerade nya behandlingar i ett mycket sent skede av sjukdomen. Behandlingseffekter går inte att bedöma och eventuella biverkningar sammanfaller med symtombilden i döendefasen och är därför också svåra att tolka. När vi i ett ASIH-team träffar patienter och familjer i hemmet är det nu mycket vanligare att man skyggar för frågor och samtal om livets slut än tidigare. Patienterna får sämre möjligheter att avsluta sina liv och ta farväl. Döden blir det stora misslyckandet för vården och för patient och familjer. Jag har också hört att när anhöriga väl är döda, är viljan att ordna begravning mindre än förut. Det är vanligare att efterlevande låter de döda kremeras direkt utan begravningsgudstjänst. Jordfästningen kan sedan ske i all enkelhet, långt efter dödsfallet, utan vidare ceremonier. Har vi rationaliserat bort döden ur våra liv? Vad betyder det att riter och ceremonier försvagas och försvinner utan att nya skapas? Hur påverkar det oss som människor och hur påverkas samhället? Man kan också undra hur personalen i sjukvården påverkas av att döden, som ju trots allt är ganska vanlig på ett sjukhus, inte längre benämns eller finns?

Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin, Lund

VI ANAR DOCK EN MÖJLIG MOTPOL till förnekelse av döden i samhället. Det finns på sina ställen ett ökat intresse för döden och döendet. Beror det på att medvetenheten om döden ökar parallellt med den ökade miljömedvetenheten i vissa grupper? Om så är fallet är frågan om det är en hälsosam strömning i samhället? Jag tänker på artikeln vi hade för ett par nummer sedan i tidskriften där förnekandet av döden i samhället jämförs med förnekandet av klimathotet. Man orkar inte riktigt ta in det hemska, förfasar sig men lever på som om hotet är på låtsas. Och så finns det å andra sidan människor som går runt med konstant döds- och klimatångest.

Fredrik Wallin
Specialistsjuksköterska onkologi, Östersund

SVERIGE HAR DEN LÄNGSTA TIDEN från död till begravning i Europa. Enligt statistik från SBF- Sveriges begravningsbyråers förbund, tar det i snitt 21,7 dagar från att död till begravning. Siffrorna kan jämföras med Frankrike, Belgien och Holland där samma process i genomsnitt tar 5 dagar. I Danmark är snittet 8 dagar och i Norge 14. Varför är det så? SBF menar att fokus har flyttats från den döde till de efterlevande och att de flesta vill ha begravning på en fredag. Det finns bara fyra fredagar per månad så väntetiderna blir långa och bårhusen fulla.
I ett samtal med en kyrkoherde i den norra delen av landet så framkom det att det finns en tydlig trend inom kyrkan behovet av en traditionell begravningsritual i Sverige minskar. Antalet direktbegravningar ökar kraftigt som Elisabet påtalar. Direktbegravning innebär att den avlidne förs direkt från dödsplats till kremering och därefter sker nedsättning av urna, dock inte nödvändigtvis i snabb takt. Begravningsceremonin hoppas helt enkelt över. Begravningen ska ske inom 30 dagar efter att personen avlidit och det blir t allt vanligare att sorgehusen, familj och närstående, ber om dispens för att få begrava den avlidne efter mer än 30 dagar. De flesta får avslag på sin ansökan. Enligt kyrkoherden jag talade finns det en direkt koppling mellan dessa trender, sekularisering och individualism - de går lite hand i hand. I ett individuellt samhälle vill vi ha begravning på en fredag eftersom det passar oss bäst, dessutom finns inte tid med omoderna riter som till exempel gudstjänst.

JAG UPPLEVER ATT VÅRT SÄTT ATT SE PÅ och hantera döden förändras, döden förflyttas till marginalerna eller i vissa fall till sociala medier. I dagarna premieras immunologisk onkologisk terapi med Nobelpris och jag ser omedelbart framför mig hur obotligt sjuka cancerpatienter och deras närstående får förnyat hopp trots att deras cancersjukdom kanske inte alls gynnas av denna behandling, hoppet knuffar i sin tur undan tankarna från det som är oundvikligt.

I MIN SLÄKT LEVER VI TILLS VI DÖR, föräldrarna har redan fått önska hur deras begravning ska skötas, vilka som ska bjudas in och om det blir fika eller inte. Jag kan tänka att vi framstår som extrema när vi högljutt skränar om ”ättestupan” och ”ettan med jordvärme” men att vi samtalar om att vi ska dö och hur vi vill dö innebär inte att vi önskar livet ur varandra.

Carl Johan Fürst

I EN AV DE BÄSTA VÄRLDARNA kan man ju inom en familj eller vänkrets tala om hur man vill ha det och i det kan innebära att någon inte vill eller orkar bestämma själv utan förlitar sig på de efterlevande. En dialog är väl att föredra.

Fredrik Wallin

JAG SKA BÖRJA MED ATT RÄTTA MIG SJÄLV i mitt förra inlägg i debatten. Sverige har inte längst tid från död till begravning i Europa, vi har längst tid i världen enligt SBF's statistik.

Carl-Johan, det finns ju verktyg för att planera sin begravning som ”Vita arkivet” och ”Livsarkivet” som finns att tillgå. Precis som du skriver så är ju att genomföra den dödes vilja ett sätt att följa de sista önskningarna. Att överlämna planering av begravning till närstående kan bli mycket olika. Dels beror det på hur relationen var i familjen. Bra eller dålig. Jag glömmer aldrig sonen som underrättades om sin pappas död på onkologavdelningen, när han kom till avdelningen. Det var första gången under pappans 6 veckors vårdtid som han gick in på salen, stoppade händerna i pappans rock, tog fram plånbok och bilnycklar och gick igen. Naturligtvis extremt och ovanligt men något säger mig att det inte hade kommunicerats begravningsönskemål i den familjen.

DET ÄR LÄTT ATT NÄMNA EXEMPEL på rädsla eller ointresse för döden i samhället. Motsatsen är svårare.

Ett exempel som jag tänker på är ett nyord som svenska språket fick 2017 ”Döstäda”. Att rensa ut oviktiga materiella ting innan man dör för att underlätta processen för efterlevande. Det är ett enkelt men laddat ord som kanske kan hjälpa till att avdramatisera stöket med att dö.

VI KAN TVINGAS INSE ATT VÅR TIDS KYRKA är tv och sociala medier. Borta är behovet att samlas nedanför predikstolen för att få oss gudsfruktan och omvärldsnyheter till livs. Och om den historiska samlingspunkten sakta raderas ut och inte används vad är det då som säger att vi ska behålla ritualerna?

Elisabet Löfdahl

DÖDEN OCH BEGRAVNINGSRITUALEN som ett uttryck för döden är inte längre en central del i den kristna religionen i Sverige, utan alltmer en social händelse som ska planeras i kalendern som allting annat, utan att ha en självklar egen prioritet. Sverige beskrivs ju idag som ett av världens mest sekulära samhällen.

DÖENDET OCH DÖDEN ÄR TROTS ALLT INTE en vardaglig social händelse, utan en smärtsam upplevelse där många saknar ritualiserade verktyg för att närma oss upplevelsen. Då ligger det nära till hands att bortprioritera och ta bort ur planeringen och så vidare. Men kan det vara så att det under ytan finns alltmer av obearbetad sorg? Som kanske uttrycks som en dödsångest-klimatångest?

Carl Johan Fürst

EN FUNDERING KRING ATT FÖRBEREDA sin egen begravning med utsmyckning, blommor, psalmer, musik och annat. Det är ju för många efterlevande en lättnad om det mesta är färdigt och bestämt men det finns en annan sida av detta som också handlar om vårt behov av kontroll, inte bara av att underlätta för våra nära och kära. Hur uppfattas det om man inte har givit någon information om hur man vill ha det utan överlämnar det i familjens händer? Ju mer ritual och tradition dess mindre utrymme för egen planering, ju mer individualistiskt och mindre kollektivt dess mer av egen planering och styrning. Men kanske också att kunna släppa taget och låta andra sköta om det hela när man ändå inte finns mer?

JAG REAGERAR PÅ DET HÄR med att "döstäda". Jag minns min egen mor som höll på med det i decennier. Jag gillade aldrig uttrycket och när du nu nämner det slår det mig att det finns ju andra sätt att förhålla sig till att rensa och städa än att underlätta för efterlevande. KonMari-metoden är mer till för att man själv ska må bra när man öppnar garderobsdörren. Kort handlar det om hur man ska städa hemma genom att inte fråga sig hur användbar en sak är utan hur glad den gör en. Och jag tror också att ordning, liksom att göra sig av med ting och saker kan underlätta livet just nu. Men det är nog en fråga om personlighet.

Fredrik Wallin

DET ÄR EN VIKTIG POÄNG DU GÖR och jag tänker främst på orken. När orken tryter är det skönt att veta att familjen och de närstående tar hand om det praktiska. Det är ju också en form av omsorg, att ta över för att avlasta. Vissa tar över mer och andra mindre och dialogen är det viktigaste. Jag minns flera patienter som dränktes i uppgifter som skulle lösas inför den egna döden. Önskemålet att allt ska vara uppklarat innan döden kan bli oerhört påfrestande.

HAR VI INGEN FAMILJ SÅ SKÖTS DET PRAKTISKA ändå, förvisso utan egna önskemål men begravd blir man. Det finns en viss trygghet i den vetskapen.

Till sist angående tv-program som påverkar vårt sätt att se på sjukdom. Häromkvällen såg jag reklam för ett nytt program om diabetes. ”Att leva utan att dö”. Är det ens möjligt?

”Död, sorg, liv – och andra viktiga saker”

TEXT // MAX KLEIJBERG

DöBra Ateljé är ett generationsöverskridande initiativ där barn 9 år och äldre personer, de flesta över 80 år, träffas för att samtala om döende, död och sorg genom att tillsammans göra olika konstprojekt. Syftet är att i ett ålderssegregerat samhälle, skapa generationsöverskridande mötesplatser och att engagera organisationer utanför hälso-och sjukvården, så att de ska stimulera och möjliggöra samtal om död och sorg. Olika konstformer har använts som verktyg för att möjliggöra mötena, till exempel att göra kollage i olika material, skulptera, designa, och måla.

Det är en del av mitt doktorandprojekt, som påbörjades 2016 på Karolinska Institutet inom ramen för forskningsprogrammet DöBra. I projektet samarbetar jag med olika aktörer, som till exempel konstnärliga verksamheter, aktivitetscenter för äldre och organisationer för barn, för att tillsammans utveckla och genomföra DöBra Ateljé. Genom en aktionsforsknings-ansats undersöker vi hur olika aktörer kan samarbeta för att utveckla DöBra Ateljé. Hur kan konst hjälpa till i det generationsöverskridande mötet om död och sorg? Hur upplever barn och äldre projektet? Vilka effekter har projektet på de medverkande organisationerna? Hittills har DöBra Ateljé genomförts i Skärholmen 2016 och i Halmstad 2018.

DöBra Ateljé Skärholmen

I Skärholmen samarbetade jag med Design Lab S – en designverkstad för barn, Eken ett aktivitetscenter för äldre, och barnbiblioteket PUNKT127 i Bredäng. Tillsammans utvecklade vi den första DöBra Ateljén med fem träffar, dit bjöd vi in åtta barn från ett fritids och åtta äldre som bor i området.

Under utvecklingsprocessen var det viktigt för oss vuxna - åldersmässigt mittemellan barnen och de äldre - att själva samtala om våra erfarenheter och perspektiv på döden. Det hjälpte oss att utveckla innehållet i träffarna. Vi bestämde oss för att varje träff skulle handla om en specifik fråga relaterad till döende, död och sorg.

En träff handlade till exempel om frågan ”Var hamnar man efter livets slut?” Deltagarna fick samtala om frågan i små grupper och göra en beskrivning och en ritning av hur det skulle kunna se ut efter livet. Sedan byggde hela gruppen en stor farkost där de åkte med till dessa ställen. Varje grupp fick styra farkosten och berätta hur de tyckte att det skulle se ut. Det här är ett utdrag från ett samtal mellan ett barn och en av de äldre under arbetet:

Barn: *Min mamma har berättat för mig att min mormor har åkt på en resa, (…) och jag tror inte på henne. (…) Hon har vart borta från jag var tre.*

Äldre: *(…) Hon finns inte mera, det är konstigt. Man kan tänka att hon finns för evigt och sen så är de borta, det är livets gång, samma som blommor på ängen, på sommaren så finns det fina blommor sen så dör de, då kommer nya, det kan vara deras barn och barnbarn, samma med träd, allting. Din mamma födde dig, när du växt upp föder du barn, vi är sådär.*

Under en annan träff användes blommor som en metafor för att samtala om sorg. Frågan var ”Hur känns sorg?” Deltagarna diskuterade frågan först i små grupper, och sedan fick de uppgiften att göra ett abstrakt kollage av blommor som visar sorg. Deltagarna pratade om att blommor kan betyda både sorg och glädje, och några föreslog att man kan göra sådana kollage för en specifik person som har dött och som man saknar. Under sista träffen gjorde deltagarna själva en utställning på biblioteken av allt som de hade skapat under projektet. Utställningen fick namnet ”Död, sorg, liv – och andra viktiga saker”, ett kombinerat svar från barn och de äldre på frågan vad projektet handlade om.

Design Lab S, som startades för att ge barn i Skärholmen en möjlighet att vara kreativa och lära sig mer om design, bestämde sig tack vare projektet för att även inkludera äldre i verksamheten. Några äldre som hade deltagit i DöBra Ateljé fortsatte att besöka Design Lab S. De träffade många fler barn och samarbetade i en rad olika projekt.

DöBra Ateljé Halmstad

I Halmstad samarbetade jag med kultur- och hemvårdsförvaltningen och tillsammans utvecklade vi en ny omgång av DöBra Ateljé. Det jag hade lärt mig från Skärholmen tog jag med till Halmstad. Vi bestämde oss för att arbeta på ett liknande sätt med åtta barn, åtta äldre och fem träffar. Men några saker gjorde vi annorlunda. Till exempel så pratade vi med barnen och de äldre i separata grupper innan projektet började för att få reda på deras tankar om död och sorg, som underlag för hur träffarna skulle läggas upp. En annan skillnad var att vi samarbetade med en grupp äldre som redan kände varandra då de sedan tidigare arbetar tillsammans med skapande verksamhet. Barnen bjöds in från en fritids i närheten.

UNDER EN AV TRÄFFARNA samtalade deltagarna om hur man kan visa att man har sorg och saknar någon som har dött. Några äldre berättade att förr i tiden hade man hade ett sorgband på sig, vissa barn hade sett det på fotbollsspelare. Sedan gjorde de olika ”moderna sorgband”, det blev till exempel en svart bandana med glitter på, olika broscher, en färgglad hatt, en kedja med en klocka, och en nalle.

En av konstnärerna från kulturförvaltningen hittade en död fågelunge, och visade den för deltagarna. Sedan gestaltade deltagarna fågelns liv, död och livet efter döden i tygsymboler på ett stort tygstycke. En av de äldre deltagarna påpekade att det såg ut som ett bårtäcke. Sista träffen ägnades åt en värdig begravning för fågeln. Alla skrev en sista hälsning till fågeln medan vi lyssnade på en låt om en vit duva som en av de äldre hade hittat på nätet. Sedan begravdes fågeln under ett träd.

Efter projekten har jag intervjuat barnen och de äldre deltagarna om erfarenheterna av DöBra Ateljé. Jag har inte analyserat materialet ännu, men vill ändå visa hur vikten av generationsöverskridande möten och att samtala om döden har beskrivits. Ett barn berättade:

– Ja, alltså jag är alltid lite rädd för liksom gamla. (…) För att… jag vet inte, jag är bara rädd för gamla. (…) Jo, för att huden är skrynklig, och det tycker jag är läskigt (skrattar till), och det tycker inte jag så mycket om. (…) Nej, eller så här… jag vill vara med för jag ville veta om att dö och grejsimojs, men jag tycker det är… jag vill också vara med för att jag ska lära mig att vara med gamla, alltså mer med okända gamla.

När jag frågade en äldre deltagare hur det var att samarbeta med barn så var svaret:

(…) jag missade ju min egen dotters uppväxt, så jag ser det här som en kompensation.

En annan äldre berättade:

– Men det som slår en, det är att när man talar om himlen eller om döden, så dom blir inte förskräckta och tänker att neej, (…) utan dom hänger med va. Det är som att man pratar naturligt om det där med dom.

Jag har även intervjuat barnens föräldrar om vad de tyckte om DöBra Ateljé.

– Jag tyckte det var en intressant idé för det är så sällan det görs i samhället med väldigt unga och väldigt gamla. Jag tycker det är rätt så intressant från synvinkeln att väldigt ofta bestäms det för unga eller för gamla vad dom ska… i vilka miljöer dom ska vara och hur dom ska interagera och så, utan att man kanske har sammanfört dom två grupperna. Och jag märkte… jag tyckte det var intressant för att… även för oss blev det ett sätt att prata om saker som vi normalt sett inte skulle göra.

Arbetet med att analysera data fortsätter. Samarbetet med de olika aktörerna pågår fortfarande och vi ska tillsammans ta fram en verktygslåda för DöBra Ateljé. Den ska beskriva hur vi har arbetat och ge tips på vad andra kan tänka på när de utvecklar likartade projekt. Verktygslådan kommer att finnas tillgänglig för alla på www.döbra.se.

Max Kleijberg
Doktorand på Karolinska Institutet
e-post: max.kleijberg@ki.se

Tema: Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

Folkhälsomyndigheten stöder Randiga huset

TEXT // SOLVEIG HULTKVIST

Som en del av Folkhälsomyndighetens uppdrag att kartlägga den psykiska ohälsan hos befolkningen, och inte minst hos barn och unga har myndigheten givit medel till Randiga Huset berättar Monica Nanni, grundare och ansvarig för stödverksamheten i Stockholm. Särskild vikt ska läggas på verksamheter som främjar hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Forskning har visat att barn och unga som förlorat en förälder löper större risk att utveckla såväl fysisk som psykisk ohälsa, i vissa fall till och med att dö i förtid. Cirka 30 procent av barn och unga som förlorar en förälder utvecklar en så kallad komplicerad sorg, att jämföra med 10 procent av den vuxna befolkningen.

Randiga huset arbetar med föreläsningar, workshops och utbildningar i syfte att öka kunskapen om barns behov och reaktioner när en förälder blir allvarligt sjuk eller avlider. Verksamheten ger stöd av olika slag, enskilt, familjevis, eller i åldersindelade grupper, även till familjer med en svårt sjuk förälder. Utöver det erbjuder Randiga huset utbildning och föreläsningar till yrkesgrupper som möter barn och unga som lever med en sjuk förälder eller har förlorat en förälder. Efterfrågan på kunskap om hur man kan möta barn i dessa svåra situationer är stor, framför allt från skolor, förskolor och sjukvården. Sedan Hälso- och sjukvårdslagens skrivning 2010 § 7, kap. 5, om barns rätt till information och stöd vid förälders sjukdom och plötsliga död, har förfrågningarna blivit ännu fler.

Den ideella organisationen Randiga huset finns sedan 2011 i Stockholm, och numera också i Göteborg. Verksamheten startade som en följd av projektet ”Familj i sorg ”, vars syfte var att hitta en modell för kommunikation mellan förälder och barn i familjer där en förälder avlidit - av sjukdom, självmord eller annan orsak. Barn och föräldrar inbjöds att delta i en stödgrupp - Familj i sorg - som byggde på Rädda barnens riktlinjer och utbildning om barn som mist en förälder.

VARFÖR DET HETER RANDIGA HUSET? För att man ibland beskriver barns sorg som ”randig”, det vill säga att barnen går ”i och ur sorgen”, omväxlande sörjer de och omväxlande ägnar de sig åt sina vanliga aktiviteter som skola, fritidsaktiviteter och så vidare. På så vis kan sorgen hos barn och unga pågå länge eftersom också nya frågor och nya tankar kring förlusten väcks allt eftersom barnen blir äldre och mognar.

ANNIKA KJELLER, som arbetar med verksamheten i Göteborg berättar att barnen oftast mår bra av att bli inkluderade i det svåra som händer och att få komma och prata tillsammans med föräldrarna. Ibland är det den sjuka föräldern som tar initiativet, som en förebyggande åtgärd. Familjer kan uppleva en ensamhet och övergivenhet i relation till omvärlden när en förälder är svårt sjuk. Det är svårt att prata om det som pågår inom familjen, men också gentemot omgivningen. Annika beskriver hur det kan vara lugnande att få ställa sina frågor på en neutral plats tillsammans med personer som har erfarenhet, utan att det kallas terapi. Kanske kan man till och med fika tillsammans medan man pratar. Det finns åldersindelade stödgrupper för barn som har förlorat en förälder. Öppna träffar för familjer inklusive aktiviteter för barnen anordnas ungefär en gång per månad - så kallade mötesplatser.

I DANMARK HAR DET Nationella sorgcentret fått statens uppdrag att utarbeta diagnostik, behandlingskriterier och utbildningsinsatser för komplicerad sorg. Det har vi tidigare skrivit om i Palliativ vård nr 2, 2017. Randiga huset vill gärna utveckla sin verksamhet i en liknande riktning som det danska sorgcentrets. Vi är överens om att behovet av ökat stöd och mer kunskap om förlust och sorg och dess långsiktiga följder är mycket stort, inte minst när det gäller barn och unga. Det är inte minst Folkhälsomyndighetens satsning på prevention och förebyggande verksamheter som till exempel Randiga husets, ett exempel på.

Artikeln med referenser finns på ww.nrpv.se

Solveig Hultkvist
Kurator

Death Education i Lund - ett folkhälsoprojekt för att våga prata om döende och död

TEXT // JAMIE WOODWORTH

Både personer som sörjer och de som lever med en obotlig sjukdom kan uppleva en stark känsla av isolering och oförståelse från omvärlden. Utöver medicinsk vård är det därför viktigt att också ta hänsyn till sociala problem i livets slutskede. Vänskap och hjälp med enkla dagliga uppgifter är lika meningsfullt som god vård, både för de sjuka och deras närstående. Att våga prata om döden är det första steget till att motverka stigmatisering och isolering kring obotlig sjukdom.

PÅ PALLIATIVT UTVECKLINGSCENTRUM i Lund, har ett nytt folkhälsoorienterat program startat som heter “Death Ed” eller “Death Education. Inspirationen kommer från andra initiativ som till exempel från Australien, Storbritannien - Dying Well and Dying Matters, från Stockholm och programmet DöBra samt från utvecklingen av ”compassionate communities” som drivs av Allan Kellehear.

Målet är att uppmuntra och inspirera människor att prata mer om döden och om livets slutskede, att våga mötas och skapa sociala sammanhang som kan motverka stigmatisering, isolering och rädsla när det gäller frågor om döden. Det kan göra att vi blir bättre informerade och stärker vår förmåga att ta viktiga beslut vilket i sin tur kan underlätta att vi får rätt vård i slutet av livet. Projektet öppnar nya mötesplatser. Där får människor möjlighet att tänka igenom sina moraliska och etiska uppfattningar om döden och får ny kunskap som kan leda till viktiga förändringar i egna och andras liv. Det är ett gränsöverskridande, kulturellt och pedagogiskt initiativ som syftar till att skapa ett lättsamt sätt att utforska vad som händer i livets slutskede.

DEATH EDS PROGRAM ÄR ENKELT. Kaféträffar eller “dödskaféer” organiseras där människor kan prata om döden, se på film och lyssna på föreläsare som talar om döden och döendet. Intervjuer med människor som har något intressant att säga om döden, sjukdomar eller vården, samlas in och intervjuerna kommer att sammanställas till en storybook om döden. Uppdatering av innehållet kommer att ske kontinuerligt på vår hemsida.

De senaste aktiviteterna inkluderar en utställning och ett dödskafé i samarbete med en visuell konstnär i Malmö som presenterar döden i färgglada målningar och skulpturer, och en poesiläsning om döende och sorg på Lunds stadsbibliotek. På Alla Helgons Dag firas “Día de Muertos” tillsammans med den Mexikanska Kulturföreningen i Skåne. “Día de Muertos” eller “Dödsfesten” är en mexikansk högtid som hedrar nära och kära som har dött. Där kommer det att finnas musik, dans, mat och trevligt sällskap. Alla evenemang är öppna för allmänheten och på kaféträffarna bjuder vi alltid på hembakat fikabröd.

PROJEKTTEAMET HOPPAS att samarbetet med det lokala samhället ska leda till att vi tillsammans kan bygga bättre kunskap om död och sorg, och att vi alla ska veta hur vi kan agera när vi träffar någon som sörjer eller lever med obotlig sjukdom. Programmet förändras och växer för varje dag.

Om du är intresserad och vill vara med, kontakta oss gärna, eller besök vår hemsida för att läsa mer.

www.deatheducationlund.com.

Jamie Woodworth
Forskningsassistent, Palliativt Utvecklingscentrum. Lund
e-post: jamie.woodworth@med.lu.se

En vecka om palliativ vård för allmänheten

TEXT // CHRISTINA SJÖHOLM OTTOSSON

Att sprida kunskap om palliativ vård och det palliativa förhållningssättet till allmänhet och vårdgivare, samt att synliggöra döden som en naturlig del av livet, var syftet för temaveckan som genomfördes 5 – 9 november 2018. Dessutom ville vi ge information om hur den specialiserade palliativa vården är organiserad i Kalmar län. Veckans aktiviteter var kostnadsfria och öppna för alla intresserade, både allmänhet och vårdpersonal.

Temaveckan planerades och genomfördes av Enheten för Palliativ medicin - EPM, Geriatriska kliniken på Länssjukhuset i Kalmar.

Under veckan deltog bland andra överläkare, professorer, distriktsläkare, sjuksköterskor, dietister och präst med föreläsningar kopplade till den specialiserade palliativa vården. Palliativt centrum för samskapad vård vid Linnéuniversitetet i Kalmar bidrog med en föreläsning om forskning och klinisk utveckling inom området. Övriga ämnesområden var behandlingar inom onkologi, palliativ vård vid demens, hjärtsvikt och KOL samt palliativ vård ur ett primärvårdsperspektiv. Nutrition i palliativ vård, existentiella samtal och praktiskt omhändertagande efter döden var andra teman som togs upp.

BESÖKARNA HADE MÖJLIGHET att delta i ”samtalscafé” för att med hjälp av DöBra-kortleken reflektera över vad som kan vara viktigt i livets slutskede. Prova på taktil beröringsmassage, information vad arbetsterapi och fysioterapi i palliativ vård kan erbjuda samt avnjuta smakprov på hemgjorda näringstillskott var andra erbjudanden under veckan. Det fanns även en posterutställning med information bland annat om Svenska palliativregistret.

I anslutning till den palliativa enheten på Geriatriska kliniken ligger Sinnenas park och där erbjöds besökarna guidade turer för att visa en plats där människor kan stanna upp och reflektera över tillvaron. Parken är till stor glädje för patienter och deras närstående.

Teamet på Enheten för Palliativ medicin - EPM, Geriatriska kliniken på Länssjukhuset i Kalmar

Vem kom?

Det var drygt 1200 personer som under veckan besökte föreläsningarna och de olika kringaktiviteterna.

Palliativa veckan riktade sig till både allmänhet och vårdpersonal. De flesta som kom var den intresserade allmänheten men även personal från kommuner och landsting deltog. De flesta besökare var medelålders och äldre, framförallt kvinnor. Det fanns både patienter och närstående i publiken.

Marknadsföring

information om palliativa veckan spreds via annonser i lokalpressen, vi medverkade i lokalradion, hade presskonferens på sjukhuset, affischerade på Länssjukhuset i Kalmar och på de övriga sjukhusen och Hälsocentralerna i länet, på bibliotek, via olika föreningar bland annat bröstcancerföreningen, studieförbund och pensionärsrådet. Information och program lades ut på hemsidor - Landstingets ”Navet”, Enheten för Palliativ Medicins hemsida och på vårdguiden 1177. Dessutom spred vi programblad och ”flyers” via palliativa rådgivningssjuksköterskor till kommunsjuksköterskor runt om i länet. Vi har också ett väl utvecklat palliativt nätverk i Kalmar län med ombud av sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som i god tid fick ta del av programmet.

Programmet

Veckans program innehöll ett tjugotal programpunkter med föreläsningar samt olika dagliga kringaktiviteter. Peter Strang, professor i palliativ medicin, Karolinska institutet och överläkare vid Stockholms Sjukhem lockade flest åhörare. ”En dag skall vi dö – men alla andra dagar skall vi leva” var den spännande titeln på en av föreläsningarna. Det fanns även en föreläsning riktad specifikt till vårdpersonal om existentiell kris, känsla av skuld, meningslöshet och dödsångest i livets slutskede.

Det var också möjligt för personer på de övriga sjukhusen i länet - Oskarshamn och Västervik - att delta i föreläsningarna genom uppkoppling via videokonferens.

Hur gick det?

Det gick mycket bra och vi känner oss nöjda efter all positiv feedback från besökare, föreläsare och andra medverkande. I programmets pauser blev det många spontana samtal och berättelser om livet och döden – det var också positivt. Några uttalanden:

”Vad bra att ni lyfter de här viktiga frågorna”

”Vad bra att få ett hjälpmedel för att kunna prata om det svåra”

”Jag visste inte att det fanns så mycket att erbjuda när det gäwn inom den palliativa vården, det känns hoppingivande”

”Nu först förstår vi hur ni arbetar med palliativ vård i länet, hur aktiv den är och hur många ni når ut till genom er organisation”

”Tänk att ni kunde servera kaffe till 300 personer inom 15 minuter, vilket flyt!”

Den formella utvärderingen planeras till december, men vi som har arbetat med palliativa veckan känner oss mycket nöjda med hur veckan förlöpte, även om det alltid finns saker som kan förbättras. Vi planerar att återkomma med nya projekt av liknande karaktär på temat palliativ vård.

Christina Sjöholm Ottosson
Konsultsjuksköterska vid Palliativa rådgivningsteamet i södra Kalmar län
e-post: christina.sjoholm@ltkalmar.se

Maraton i parken – inklusive vätskekontroll

TEXT // SYLVIA SAUTER

- Sedan fyra år tillbaka arrangerar vi ett maraton på 402 meter i parken på Stockholms Sjukhem, med vätskekontroller och allt. Vi delar in patienterna i två grupper och tanken är att alla ska kunna vara med. De boende går verkligen in för denna tävling och alla deltagare får en uppskattad medalj.

Det berättar Birgit Klasson, aktivitetsansvarig på Vård- och omsorgsboendet på Stockholms Sjukhem. Där finns 99 patienter i olika åldrar på fem somatiska avdelningar, fyra enheter för demenssjuka dessutom en avdelning för demenssjuka patienter yngre än 65 år och en för personer med förvärvade hjärnskador.

– Vi brukar umgås över avdelningsgränserna och vi har ett stort och varierat utbud av aktiviteter. Förslaget om att anordna ett maraton kom från boenderådet. Sedan två år tillbaka har ett nytt och mycket uppskattat regelbundet samarbete inletts med en förskola och i år deltog förskolebarnen i loppet för andra gången. Barnen sprang först och sedan våra patienter. Efteråt fikade vi tillsammans. Detta är en kul aktivitet för alla åldrar, säger Birgit och tillägger att barnen brukar dyka upp på boendet även vid andra tillfällen. Vi tycker att det är oerhört viktigt att mötas över generationsgränserna. I Sverige är vi så isolerade i olika slutna grupper, vi skulle må bra av att öppna upp oss och umgås i mer åldersblandade sammanhang.

– Vi har också ett samarbete med Ung omsorg som kommer till sjukhemmet en gång i veckan med ungdomar som gör aktiviteter tillsammans med patienterna. Det är mycket uppskattat av de äldre - just att det är ungdomar och att de samtalar med varandra och med de äldre. Samtal är viktigt, att få höra lite om barn och ungdomars liv idag. Det är roligt att få vara med i livet ännu tycker många äldre - och ung energi smittar.

Foto: Cathrine Broman

Birgit Klasson

– Vi ser ju att det vi gör är mycket uppskattat, både av barn, ungdomar och patienter. Det är klart för oss att åldersöverskridande social samvaro ökar välbefinnandet.

Foto: Cathrine Broman

Foto: Jezzica Sunmo

DöBra-kortleken – ett verktyg för att samtala om döende och död

TEXT // MALIN HENRIKSSON

DöBra-kortleken innehåller 37 påståenden om sådant som kan vara viktigt i livets slutskede, till exempel "Att vara fri från smärta", "Att ha ordning på min ekonomi" och "Att vårdas av personal som jag trivs med" men det finns även kort med "Valfritt alternativ" där användaren själv kan ange något annat som är viktigt.

Kortleken är tänkt att fungera som ett verktyg för att underlätta samtal om döende och död och är utvecklad från ett amerikanskt samtalsverktyg, GoWish cards som vi har översatt och anpassat till svenska förhållanden inom ramen för projektet Swe-ACP, en del av forskningsprogrammet DöBra2. Swe-ACP står för Swedish advance care planning, en engelsk term för att i förväg tänka över hur man vill ha det i livets slutskede. I Swe-ACP arbetar vi forskare i en projektgrupp tillsammans med representanter från PRO, SPF Seniorerna, Nätverket mot cancer, Demensförbundet, Lungcancerföreningen och Nordiska museet.

I PROJEKTET INTERVJUADES 65 mestadels äldre personer, som enligt vår kännedom inte hade diagnosticerats med en livshotande sjukdom eller var i livets slutskede. Deltagarna hade själva anmält intresse för att medverka, efter att ha fått information om studien genom organisationerna i projektgruppen. Ett flertal deltagare hade också velat delta sedan de hört talas om studien genom familjemedlemmar eller bekanta. Vid intervjuerna pratade deltagarna om vem och vad som kommer att vara viktigt för dem i livets slutskede, genom öppna samtal och genom att använda DöBra-kortleken. Deltagarna sorterade först de 37 påståendena i tre olika högar; mycket viktiga, ganska viktiga och inte viktiga. Sedan rangordnades de allra viktigaste korten från den 'mycket viktiga'-högen från 1 - 10 och deltagarna berättade hur de resonerade kring sina prioriteringar.

DÖBRA-KORTLEKEN HAR uppskattats av deltagarna i projektet, som även fått behålla kortleken efter intervjun om de önskade - vilket de allra flesta ville. Några deltagare har ifrågasatt relevansen av enstaka påståenden, till exempel "Att kunna hjälpa andra", medan andra har rankat just det påståendet högt. Överlag har deltagare varit positiva till påståendena, såväl som till kortleken i sin helhet, och några deltagare sa att det var nyfikenhet på kortleken som väckte deras intresse för intervjun. Att inte bara prata utan också att hantera en fysisk kortlek, genom att handgripligen sortera och prioritera konkreta påståenden, upplevdes som positivt och gav möjlighet till person-centrerade samtal om dessa frågor. En artikel med resultat från översättningen och testningen av kortleken är inskickad till en vetenskaplig tidskrift3 och framöver kommer vi även att studera hur dessa prioriteringar står sig över tid då vi gjort uppföljande intervjuer 6-12 månader efter intervjuerna.

DöBra-kortleken har också använts i andra situationer

Några av deltagarna i studien har självmant börjat använda kortleken i studiecirklar eller inom sina organisationer. Kortleken har även använts vid ett flertal DöBra-caféer runt om i landet – från Korpilombolo i norr till Falkenberg i söder. Allmänheten har bjudits in till caféerna för att samtala om död, döende och sorg, bland annat med hjälp av DöBra-kortleken.

I SAMARBETE MED Stockholms stads äldreförvaltning och personal från flera vård- och omsorgsorganisationer i två stadsdelar pågår ytterligare ett projekt. Där har DöBra-kortleken inledningsvis använts för att stimulera reflektion och diskussion om livets slut inom äldreomsorg. Eftersom det har varit en stor efterfrågan på DöBra-kortleken från såväl vårdpersonal som allmänhet finns den också till försäljning via Volante bokförlag.

Mer information:
www.döbra.se;
www.gowish.org

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Malin Henriksson
Leg. sjuksköterska, doktorand, Karolinska Institutet
e-post: Malin.Henriksson@ki.se

DöBra-kortleken i undervisning av specialistsjuksköterskor

TEXT // KATARINA HOLMBERG & SANDRA DOVESON

I specialistsjuksköterskeprogrammet, med inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola, avslutas sedan några år programmets första kurs – ”Den palliativa vårdens värdegrund och etik”, med ett seminarium i caféform. Idén kom från DöBra-caféer som anordnas runt om i världen med intentionen att i vardagen skapa samtal om livet och döden.

Studenterna samlas i grupper om 6 – 8 och får diskutera frågor om hälsofrämjande palliativ vård. Grupperna ambulerar mellan cafébord där det finns olika frågor att ta upp. Efter diskussionen dokumenteras gruppens svar och tankar och redovisas sedan för hela kursen så att alla kan delta och tycka till. Frågorna som studenterna diskuterar och reflekterar över kan exempelvis vara: ”Hur kan din verksamhet verka för en hälsofrämjande palliativ vård?” ”Hur kan du som specialistsjuksköterska arbeta med dessa frågor?”

DÖBRA-KORTLEKEN HAR de senaste två åren även introducerats som ett samtalsunderlag inom den palliativa vården och kanske också inom andra kliniska verksamheter. Tanken är att kortleken, med sina 37 påståenden om vad som kan vara viktigt när man ska dö eller kan vara viktigt att tänka på inför sin förestående död, ska öppna upp för samtal om frågor att ta ställning till och fundera på. *Hur vill jag ha det? Vad är viktigt för mig?* Kortleken har påståenden som; ”Att dö hemma”, ”Att ha mina närmaste omkring mig” och ”Att inte bli kopplad till apparater”.

DISKUSSIONERNA BRUKAR bli intensiva och studenterna uppskattar att få diskutera användningsområden för kortleken som, på senare år, även återkommit i utbildningens sista kurs. Där får studenterna en uppgift att göra en plan om något de anser behöver utvecklas och kunskap som ska implementeras inom verksamheten där de arbetar. Flera studenter har skrivit planer för hur kortleken kan användas för att skapa och underlätta strukturerade samtal mellan sjuksköterska och patient, där patienten kan framföra önskemål och prioriteringar om vad som är viktigt vid livets slut.

KORTLEKEN KAN användas av flera yrkesgrupper. En student använde exempelvis kortleken som underlag för att på arbetsplatsen tala om svåra ämnen inom personalgruppen.

DÖBRA-KORTLEKEN kan utgöra ett utomordentligt bra underlag för etiska diskussioner och finns att köpa hos bokhandlare. Den borde bli årets julklapp – för att våga samtala om det onämnbara och svåra - vår egen död.

Katarina Holmberg
Högskoleadjunkt, Sophiahemmet Högskola, Stockholm
e-post: katarina.holmberg@shh.se

Sandra Doveson
Högskoleadjunkt, Sophiahemmet Högskola, Stockholm
e-post: katarina.holmberg@shh.se

Foto: Jezzica Sunmo

DöBra-kortleken för samtal inom ASIH

TEXT // CAMILLA EKEBLOM

God kommunikation med patienter och närstående är en av de viktigaste uppgifterna inom den palliativa vården. Dagligen möter vi människor i utsatta situationer och endast genom att ha en dialog kan vi ta reda på deras inställning till den fortsatta vården och vad som är viktigt under den sista tiden i livet. På så sätt kan vi ge en bättre vård.

Vi har till uppgift att bedöma om den palliativa vården är inriktad på bästa sätt avseende patienters och närståendes välbefinnande och livskvalitet. Men existentiella samtal berör oss på djupet och därför kan samtal om livet, döendet och döden upplevas som svåra. Flera studier visar att vi ibland undviker att genomföra svåra samtal just på grund av att det känns så svårt.

ETT TEAM INOM den specialiserade palliativa vården upplevde att det var svårt att ha samtal med patienter om existentiella frågor om livets sista tid och att initiera brytpunktssamtal. De saknade ett verktyg för att genomföra de svåra samtalen och efter ett förbättringsarbete, en studieuppgift inom Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, påbörjades ett arbete med att implementera DöBra-kortleken som ett hjälpmedel att användas vid svåra samtal. Nu pågår det arbetet.

SYFTET MED ATT använda kortleken är att personalen upplever att det är lättare att initiera och genomföra samtal, med patienter och närstående, om vad som är viktigt i livets slut. En utvärdering med intervjuer med teammedlemmarna, om deras upplevelser av kortleken som samtalsverktyg, kommer att göras i början av nästa år. Data från Svenska Palliativregistret ska inhämtas för att se om användning av kortleken medför att antalet brytpunktssamtal ökar.

OM TEAMET upplever att det är lättare att ta upp och tala om svåra ämnen kan patienter och närstående göras mer delaktiga så att den palliativa vården utformas efter individens önskemål och behov, vilket ger en ökad kvalitet på vården.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Camilla Ekeblom
Specialistsjuksköterska inom palliativ vård, Capio ASIH Norrort, Stockholm

Palliativ vård utan gränser - Österlenprojektet

TEXT // CHRISTEL WIHLBORG, CARL JOHAN FÜRST & BIRGIT RASMUSSEN

Visionen med projektet är att tillgodose god vård i livets slut till alla i Simrishamns kommun genom ett samarbete mellan alla vårdgivare som omger patienten och deras närstående. En palliativ vård utan gränser.

Vårt samhälles åldrande befolkning, med tilltagande förekomst av multipla kroniska sjukdomar, innebär ett ökat behov av en likvärdig och högkvalitativ palliativ vård. För att tillgodose patienters och närståendes behov är samverkan mellan vårdens olika aktörer inom hälso- och sjukvård, som sjukhus, primärvård och palliativ specialiserad vård och kommunal verksamhet med omsorg, hjälpmedel, vård och stöd, av allra största betydelse.

ATT UTVECKLA EN MODELL FÖR en sömlös palliativ vård är projektets ena perspektiv. Det andra perspektivet har ett starkt socialt fokus genom att utveckla ett samhällsengagemang. Där ska medborgare, ideella organisationer och volontärer dels genom olika aktiviteter medvetandegöras och utbildas och parallellt bidra med kunskap och engagemang för att öka förutsättningarna för en god och likvärdig vård i livets slutskede.

VI VILL FÖRVERKLIGA, den kanske slitna målsättningen, att erbjuda alla personer som bor i Simrishamns kommun en god och jämlik vård i livets slutskede, oavsett vårdplats. Vården ska vara behovsstyrd, individanpassad, personcentrerad och innefatta stöd till de närstående. Döende patienter som bor i Simrishamns kommun kan vårdas på Simrishamns närsjukhus, hemma med hjälp av hemtjänst och eller distriktssjuksköterska eller ASIH, avancerad sjukvård i hemmet, på särskilda boenden eller på Lasarettet i Ystad inklusive den specialiserade palliativa slutenvårdsavdelningen. Förutom samarbetet mellan olika offentliga och privata huvudmän och Palliativt Utvecklingscentrum i Lund finns Stiftelsen Hospice Österlen som är en viktig intressan partner och initiativtagare.

PROJEKTET HAR POTENTIAL att bli modellskapande i och med att det griper över samtliga huvudmän inom kommunens gränser. Dessutom ska resultatet förhoppningsvis leda till ökad medvetenhet för alla kommuninvånare om vård i livets slutskede, som de får genom olika delprojekt i samarbete med Stiftelsen Hospice Österlen och med andra organisationer som är förankrade i civilsamhället.

FÖRVÄNTNINGARNA ÄR ATT PROJEKTET SKA leda till förbättrad kommunikation mellan olika aktörer, ökad kunskap och trygghet i yrkesroller, användning av gemensamma individualiserade vårdplaner såsom Nationella Vårdplanen för Palliativ vård – NVP, strukturerad bedömning och dokumentation av patientens behov och en systematisk uppföljning genom kontinuerlig registrering i Svenska palliativregistret. Ökad kunskap och engagemang inom civilsamhället kan stärka de sociala nätverken, motarbeta ensamhet och isolering i livets slutskede och stimulera till en ökad volontäraktivitet.

ALLA VÅRDENHETER INOM Simrishamns kommun använder Svenska palliativregistret för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Däremot används inte resultaten från registret på ett systematiskt sätt för uppmärksamma brister i vården. Situationen för avlidna patienter i Simrishamn under 2017 framgår av bild 1 och 2. Skillnaden mellan olika vårdformer är inte oväntat påtaglig. En målsättning i projektet är att 80 procent av alla förväntade dödsfall i kommunen ska registreras och att 70 procent av alla närstående ska fylla i en enkät efter dödsfallet. ASIH har påbörjat utbildningsinsatser och all personal kommer att erbjudas utbildning genom det webbaserade program som finns tillgängligt via Palliativt Utvecklingscentrum. Därefter finns det möjlighet att gå vidare genom att exempelvis stegvis införa Nationella Vårdplanen för Palliativ Vård - NVP , bild 3.

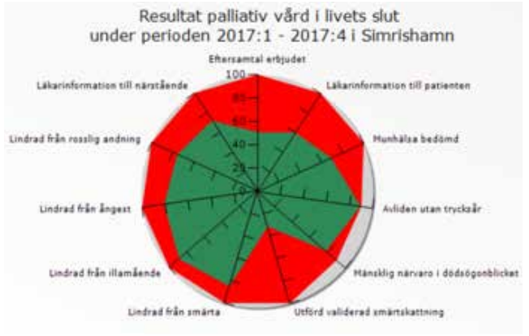


Bild 1. Spindeldiagram från Svenska palliativregistret för Simrishamns kommun. Specialiserad palliativ slutenvård och ASIH är undantagna.

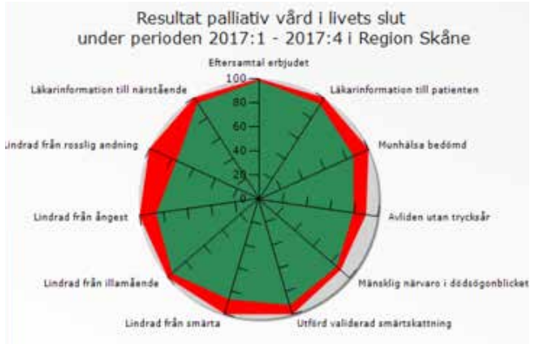


Bild 2. Spindeldiagram från Svenska palliativregistret för Skåne 2017. Specialiserad palliativ slutenvård och ASIH. ASIH och visar på möjligheter för förbättring.

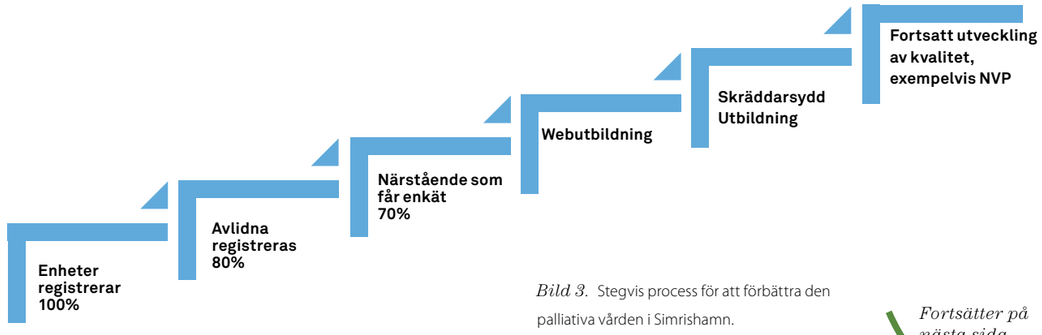


Bild 3. Stegvis process för att förbättra den palliativa vården i Simrishamn.

Fortsätter på nästa sida

Tema: Folkhälsoperspektiv på palliativ vård

EN PROJEKTANSVARIG sjuksköterska har inventerat och påbörjat uppföljning av alla vårdenheter, ledningsfunktioner, läkaransvariga etcetera angående rapportering till palliativregistret som nu följs regelbundet. Resultaten återförs till respektive enhet och till den samlade styrgruppen. Närståendeenkäter kommer att sammanställas på liknande sätt och ge underlag för studier med frågeställningar om skillnader i upplevd vårdkvalitet och vilket stöd som erbjudits från olika vårdgivare. Resultaten kommer att utgöra underlag för att initiera förbättringsarbeten, handledning och utbildningsinsatser. Projektet som helhet kommer också att utvärderas vetenskapligt.

Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin vid Lunds universitet och verksamhetschef vid Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne. Specialist i onkologi och diplomerad i palliativ medicin

Birgit Rasmussen
Professor i omvårdnad med inriktning mot palliativ vård, Inst för hälsovetenskaper, Lunds universitet, Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne

Christel Wihlborg
överläkare i palliativ vård och ASIH, Ystad

österlenprojektet
palliativ vård utan gränser

DE FÖRSTA STEGEN I FÖRANKRING OCH GENOMFÖRANDE:

- Förankringsmöte, kommun, primärvård, närsjukhuset i Simrishamn, ASIH, Stiftelsen Hospice Österlen, Palliativt Utvecklingscentrum.
- Styrgrupp för projektet bildas.
- Styrgruppen träffas 1 - 2 gånger per termin för att följa projektet.
- Informationsmöte för allmänheten, medverkande som ovan samt politiker.
- Projektansvarig sjuksköterska anställs.
- Insamling av data via Svenska palliativregistret och närståendeenkät.
- Fortlöpande inventering av behovet av utbildnings- och stödinsatser till all berörd personal om den döende patienten.
- Aktiviteter riktade till allmänheten, exempelvis genom programmet "DeathEd" som presenteras på sid i detta nummer av tidskriften

MEDICINSKA FAKULTETEN LEDIGFÖRKLARAR HÄRMED FÖLJANDE ANSTÄLLNING

Professor i palliativ omvårdnad

Refnr: Dnr PA2018/883
Sista ansökningsdag 2018-12-16

För mer information se
www.med.lu.se/om_fakulteten/jobba_hos_oss

LUNDS UNIVERSITET

Stämmer informationen om er verksamhet i Palliativguiden?

Gå in på *https://www.nrpv.se/palliativguiden/* och se efter.

Om det är korrekt information så meddela det till *palliativguiden@nrpv.se*

Skicka eventuella ändringar eller tillägg till *palliativguiden@nrpv.se* så ändrar och uppdaterar vi.

Tacksam för återkoppling med bekräftelse att uppgifterna är korrekta eller med nya uppgifter som ska föras in - före den 25 januari 2019.

För frågor kontakta *palliativguiden@nrpv.se*

Vänliga hälsningar

Jenny Söderström
För Nationella Rådet för Palliativ Vård

Nationella Rådet för Palliativ Vård

Svenska Palliativregistret - en guldgruva för forskning i palliativ vård

TEXT // CARL JOHAN FÜRST & MARIA SCHELIN

Med syfte att stimulera till forskning om innehållet i Svenska palliativregistret samlades på initiativ av Palliativt Utvecklingscentrum ett 70-tal forskare, kliniker och kvalitetsintresserade personer i Lund 2 dagar i oktober för ett vetenskapligt forum. Det framkom många goda exempel för utvecklingsarbete och intressanta forskningsfrågor.

HÄR PRESENTERAS, i något omskriven form några av de förslag och frågor som framkom. En del av förslagen väcker nya frågor men ger förhoppningsvis inspiration för fortsatt utvecklingsarbete.

- Att förbättra möjligheterna att kunna använda data från Palliativregistret för studenter som ska skriva en magister- eller masteruppsats. För att underlätta detta borde det finnas en kontaktperson vid varje lärosäte med tillgång till data.

- Webinars, det vill säga live-föreläsningar på nätet, bör utvecklas. För att på ett enkelt och informativt sätt introducera nya användare i hur man registrerar i Palliativregistret och hur registret kan användas.

- För att öka motivationen för att registrera i Palliativregistret, inom den specialiserade palliativa vården, bör nya frågor adderas - som tillval. Det bör vara frågor som fördjupar kvalitetsarbetet.

- Det finns ett behov av en tolkningsmanual. Det vill säga en manual för hur de olika variablerna ska registreras. Exempel på svårigheter som togs upp under konferensen var hur man ska tolka frågan kring närvaro i dödsögonblicket. Om en närstående varit närvarande i flera dygn men gick ut på toaletten – ska det tolkas som att patienten dog ensam? Om en närstående fanns i rummet men var sovande när patienten avled – ska det tolkas som om någon var närvarande?

- Tilläggsmoduler till Palliativregistret. Moduler som kan belysa viktiga frågeställningar om mediciner, sedering, olika vårdinsatser med mera. Moduler som beskriver vårdens kvalitet tidigare i vårdförloppet. Detta anses viktigt då det i registret enbart efterfrågas hur vården var för patienten sista veckan i livet. På så sätt förstärks och till och med permanentas bilden av att palliativ vård enbart handlar om sista veckan i livet.

- Uppmaningar att skapa nya frågor i registret. Det kan röra sig om personliga mål som formulerats för patientens vård och information om patientens personliga intressen, prioriteringar och önskemål inför livets sista tid. Om samarbetet mellan olika vårdgivare och hur det har fungerat.

- En sammanfattande bild som på ett pedagogiskt sätt beskriver hur patientens sista tid blev avseende exempelvis symptomlindring. En bild som kan underlätta uppföljningen för teamet.

- När patienter uppfyller möjliga kriterier för ett palliativt vårdbehov bör journalsystemet reagera med automatik och kräva att patienten screenas för palliativa vårdbehov med hjälp av exempelvis NVP del 1 eller SPICT.

- Det bör finnas valbara moduler för anhöriga att fylla i efter ett dödsfall för att ge snabb återkoppling på given vård.

FRÅGORNA HAR INTE kommenterats av någon i Palliativregistrets styrgrupp men redan under konferensen togs ett initiativ till att skapa en tolkningsmanual. Så det arbetet är redan påbörjat med Lisa Martinson i Umeå som sammankallande. Det är vår förhoppning att frågorna leder till fortsatt diskussion och att andra kreativa idéer förs fram till Palliativregistrets styrgrupp.ff

Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin vid Lunds universitet och verksamhetschef vid Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds universitet och Region Skåne. Specialist i onkologi och diplomerad i palliativ medicin

Maria Schelin
Med.dr., epidemiolog, Lunds universitet

Verktyg som kan förbättra palliativ vård, finns det?
Vi har dem…

Beställ enkelt via palliativ.se

Svenska palliativ REGISTRET

”Alla pratade om hur man skulle dö, ingen pratade om hur man skulle leva.”

TEXT // EVELYN PESIKAN

Vissa livsvägar är mindre spikraka än andra, men ändå logiska i retrospektiv. Professor Carol Tishelmans spännande bana, full av energisk nyfikenhet och kamplust, började som oppositionell dotter i Bronx, New York- hon vägrade lyda sin far och blev sjuksköterska istället för läkare. Och hennes intresse för palliativ vård väcktes under den svenska dödshjälpsdebatten på 70-talet.

ATT VÄXA UPP I DEN BROKIGA MILJÖN i stadsdelen Bronx i New York har präglat Carol Tishelmans syn på – och intresse för - människor.

– Det var en härlig blandning av alla slags människor när jag växte upp, jag tycker att det var en tuff men mycket bra och lärorik miljö att växa upp i.

Att vara äldsta barnet i familjen har också präglat henne.

– Jag fick framförallt tidigt lära mig att argumentera, tack vare alla diskussioner med min far, säger hon och berättar att pappan tyckte att hon, som var så smart, skulle utbilda sig till läkare.

– Han tyckte att det var mer status i det yrket men jag, med bakgrund i genusstudier, ville inte bli en kvinna i ett mansdominerat yrke. Som sjuksköterska kommer man i närmare kontakt med människor.

– Det var inget negativt val för mig och jag har aldrig ångrat mig, Men jag är glad att jag gick utbildningen i USA för i Sverige fick jag en smärre chock när jag såg hur sjuksköterskorna arbetade här på den tiden. Jag tyckte inte att de fick tillräcklig respekt för sin intelligens och utbildning. Det är tyvärr fortfarande ofta fallet idag.

HON KOM TILL SVERIGE första gången 1972, 19 år gammal och lockad av det politiska klimatet med protester mot Vietnam-kriget och kvinnors frigörelse.

– För mig var Sverige en bild av hur ett samhälle ska

Foto: Stefan Zimmerman

vara, med civilkurage och jämställdhet mellan könen.

Första tiden i det nya landet blev dock besvärligare än hon föreställt sig. Att Stockholm inte var New York fick hon erfara på flera sätt.

– Jag hade mörkt lockigt hår som ung och folk bad mig ibland att åka hem dit jag kom ifrån. Jag blev till och med slagen en gång på tunnelbanan. Och på den folkhögskola jag gick på vägrade en elev att dela rum med mig eftersom jag var en utlänning.

BILDEN AV SVERIGE SOM ETT DRÖMLAND bleknade ganska snabbt och i samband med att hennes mamma fick cancer åkte hon hem till USA för att där utbilda sig till sjuksköterska. Hon hade dock redan träffat sin make Rune i Sverige och återvände några år senare, den här gången för att stanna.

– Jag fick jobb på Vattenpasset, ett lägenhetskomplex med hemtjänst för yngre människor med fysiska funktionshinder som redan då tillämpade det som idag heter personcentrerad vård, det vill säga hjälp på de boendes villkor. Det var ett arbetssätt som verkligen tilltalade mig. Det var också där Sven-Erik Handberg, en man med svår MS, fick hjälp av Berit Hedeby att ta sitt liv 1977, något som initierade den första dödshjälpsdebatten i Sverige.

CAROL MINNS ATT HON och många av de boende reagerade på att alla pratade om hur de skulle dö, men inte om hur de skulle leva.

– Allt detta fick mig att börja fundera kring hur vården fungerade, säger hon och berättar om en annan händelse som satt djupa spår i henne.

– Erna, en äldre kvinna som bodde på Vattenpasset, hade en urinvägsinfektion. Hon berättade att hon var helt övertygad om att hon skulle dö när jag åkte med henne till sjukhuset. Jag trodde inte det eftersom jag tyckte mig veta — detta var ju innan jag hade någon som helst vårdutbildning - att man inte brukar dö av en urinvägsinfektion. Men hon dog faktiskt strax därpå och sedan dess har jag aldrig någonsin trott att jag vet bättre än patienten själv. Att alltid lyssna på patienten blev en lärdom som jag har burit med mig.

Att lyssna på både patienter och personal har alltid varit en självklarhet under Carols långa och framgångsrika karriär. Att lyssna på – och böja sig för - auktoriteter har dock aldrig legat för henne.

– Min åsikt är att man inte kommer någon vart som ja-sägare. Jag har alltid gått min egen väg och nog uppfattats som udda och ofta alldeles för rakt på sak. När det gäller omvårdnadsforskning till exempel så är det många som tycker att det krävs lydnad och det är inte min starka sida. Jag stärks av motsättningar och gillar att argumentera.

MEN TROTS ATT HON EGENTLIGEN INTE VILL bli forskare blev det ändå den vägen hon valde i mitten av 80-talet. Av nyfikenhet och för att kunna påverka och förändra. Det trötta argumentet ”så här har det alltid varit” är inget som någonsin bitit på henne utan snarare alltid triggat hennes intresse för förändringsprocesser.

– Jag har egentligen aldrig velat arbeta på sjukhus. Troligen är jag en bättre forskare än kliniker, men jag har stor respekt för klinisk verksamhet och har alltid strävat efter samverkan. För det är bara tillsammans man kan åstadkomma förändringar.

SAMARBETE ÄR ETT VACKERT NYCKELORD för Carol som utnämndes till professor i omvårdnad 2006.

– Jag har alltid lyft in andra professioner i mitt arbete. I min forskning har jag uppskattningsvis arbetat med minst 20 olika discipliner, bland annat koreograf, konstnär, etnolog, designer, barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, etiker, molekylärbiolog osv. Vi ser alla olika saker men när man har en gemensam fråga som man är nyfiken på kan det leda till en gynnsam korsbefruktning.

När hennes närmaste samarbetspartner, tillika vår redaktionsmedlem Olav Lindqvist, hastigt avled i våras hade hon stor hjälp av DöBra-teamet.

– Vi har en så fin sammanhållning i gruppen. VI kunde skratta och gråta tillsammans och fann gemensam tröst på olika sätt. Det märkliga var att jag av en slump hade pratat med Olav om hur han ville ha sin begravning bara två dagar innan han dog. Det betydde att jag bland annat visste vilken musik han ville ha och det blev en fin minnesstund.

IDAG KRETSAR CAROLS ARBETE mycket kring att föra in döden i det svenska folkhälsoarbetet. Med hjälp av bland annat DöBra-kortleken och DöBra-caféer hoppas man få igång naturliga vardagssamtal om döden.

–Att prata om döden med sina närmaste, om hur man vill ha det, var man helst vill dö och vad man tycker är viktigt kan förebygga många problem när döden börjar närma sig.

När det gäller dagens palliativa vård ser hon ojämlikheten som ett av de största problemen.

– Vi skulle aldrig acceptera den ojämlikhet vi möter vid livets slut i ett annat skede i våra liv. Alla borde få en god vård i livets slutskede oavsett dödsorsak eller var de bor. Vi måste bredda våra visioner och satsa på att bygga upp en bra, inte bara högspecialiserad, utan framförallt bred bas i hela landet. Den palliativa vården idag är alltför fokuserad på cancer och alltför geografiskt koncentrerad.

FAKTA CAROL TISHELMAN

- **Ålder:** 65, född i New York, USA. Huvudsakligen bosatt i Sverige sedan mitten av 70-talet
- **Familj:** Man, barn och barnbarn
- **Yrke:** Sjuksköterska, tidigare professor i Omvårdnad och numera professor i Innovativ vård och omsorg med kopplingar både till Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), forskningsledare för forskningsprogrammet DöBra.

– Jag tycker att man ska sluta prata så mycket om teknik i sig själv och istället hitta kreativa lösningar för att skapa en mänskligare vård och omsorg där tekniken ju kan spela en roll. Idag riskerar vi snart att ”appa” ihjäl folk, säger hon argt.

ATT HON SEDAN FYRA ÅR TILLBAKA även innehar en femårig professur i Innovativ vård och omsorg, finansierad av Wallenbergägda Investor innebär att hon har fått ännu ett spelrum för det gränsöverskridande nytänkande som präglat hela hennes karriär.

– Det finns modeller i andra länder som man kan lära sig av. Men det som är ett hinder för allt förbättringsarbete i vården är bristen på samverkan och samordning. Vi måste också lära oss att arbeta med andra ute i samhället, säger Carol som redan under uppväxten i Bronx insåg att olikheter är något bra och kreativt, kanske till och med en förutsättning för fruktbara, varaktiga förändringar.

HENRY

TEXT: REDAKTIONEN

HENRY ÄR NYBLIVEN pensionär och lever med sin sambo på hemgården, en stor jordbruksfastighet, i glesbygd. Det är en liten ort och alla känner alla. Henry har inga egna barn och livet på gården präglas av hårt arbete. Han tycker om att vara igång och vara aktiv och är en man med ett visst anseende i bygden. Henry och hans sambo har ett starkt engagemang för bygdens frågor.

UNDER LOPPET AV ett år noterar Henry att orken och styrkan försämras och han har en molande smärta i magen som inte vill ge med sig. Då symtom som smärtor och blod i avföringen tilltar söker han motvilligt hjälp. Henry misstänker att något är fel men vill inte oroa sin sambo och väljer att gå på sina läkarbesök utan att berätta något för henne.

DEN MEDICINSKA utredningen visar rektalcancer stadium T4 N2 och sjukdomen har vid diagnos redan hunnit sprida sig till lungor och lever. Beskedet om spridd sjukdom kommer som en chock för Henry och han känner nu ännu starkare att han inte vill oroa sin sambo. Han är också mån om att människorna i byn inte ska få veta något om hans sjukdom. Ingen ska veta att han är sjuk.

PÅ ONKOLOGKLINIKEN planeras behandling med cytostatika i palliativt syfte och Henry får en egen patientansvarig sjuksköterska som ska vägleda honom genom behandlingarna. Till de första behandlingarna och läkarbesöken kommer Henry själv. På frågor om varför inte hans sambo kommer med till mottagningen svarar han att det är mycket att stå i på gården. Hon har helt enkelt inte tid och möjlighet att komma med. Henry tycker personalen är lite tjatiga när de tar upp frågan och han blir irriterad. Han har väl rätt att bestämma själv?

SUCCESSIVT NOTERAR MAN på onkologen att Henry inte följer ordinationerna. Vid något tillfälle kommer han inte till behandling trots bokad tid. Personalen har upprepade gånger försökt informera Henry om vikten av kontinuerlig behandling och att ta sina mediciner. Henry är skeptisk till medicinerna som ska lindra värken i magen, framför allt är han skeptisk till morfin. Han har bara läst negativa saker om morfin och han vill att huvudet ska vara klart och redigt. Hur skulle det påverka arbetet på gården? Nej, mediciner tar han endast när det outhärdligt - och det är det inte ännu.

UNDER BEHANDLINGARNA på onkologens mottagning noteras att Henry är tystlåten och fåordig och att han har svårt att sätta ord på hur han mår. I takt med att behandlingarna och besöken blir fler etableras en kontakt och ett förtroende mellan mottagningens personal och Henry. Han berättar om sambon som en orolig person och om byn, sin roll och identitet som den store och starke - han som hjälper alla. Han måste vara stark, för det förväntas av honom.

HENRY FÅR SVÅRA biverkningar och sviktande blodvärden av behandlingarna vilket gör att de måste skjutas på. Samtidigt ökar sjukdomens symtom och han går ner i vikt till följd av matleda och aptitlöshet. Henry får kontakt med mottagningens dietist som tycker att han ska dricka näringsdrycker. Men han dricker inte näringsdryckerna, det är ingen mat för en karl. Och vad skulle sambon säga om han kom hem med dem. Nej, det får vara.

EFTER ATT EN NY utvärderande DT vill läkaren att Henry ska komma på ett uppföljande. Röntgenundersökningen visar på progress, sjukdomen sprider sig trots behandling. Nu är Henrys sambo med på läkarbesöket men är helt ovetande om Henrys sjukdom, dess utbredning och behandling. Informationen hon får utlöser svår ångest hos henne och hon behöver tas om hand av personalen på onkologmottagningen efter besöket. Henry är tyst och sammanbiten.

SJUKDOMSPROGRESSEN och Henrys dåliga allmäntillstånd med viktnedgång, derangerade prover samt trötthet gör att man beslutar sig för att avsluta cytostatikabehandlingen. Läkaren berättar om det palliativa hemsjukvårdsteamet och Henry har hört talas om dem. Dödspatrullen kallar han dem - sista instansen. Sjukvårdspersonal som ränner på gården i tid och otid. Vad ska grannarna säga? Nej, det blir inget av med det. Henry är inte intresserad av någon dödspatrull på gården. Sjuksköterskan fortsätter att berätta om det palliativa teamet och hur deras uppdrag är att göra livet så fritt från plågor som möjligt, till dess att man dör. Att teamet är bra på sin sak och att Henry kommer att få hjälp med sina besvärande symtom. Men det hjälper inte. Henry vill inte ha med de där personerna att göra.

FÖRSÖK TILL PÅVERKAN fortsätter och vid ett tillfälle får Henry träffa en sjuksköterska från det palliativa teamet för information. Men Henry vill i alla fall inte. Istället kommer man överens om att fortsätta kontakten med ansvarig sjuksköterska på onkologkliniken som sedan kontaktar det palliativa teamet för hjälp med ordinationer och rådgivning, trots att Henry nu är färdigbehandlad och utskriven.

DEN FYSISKA SMÄRTAN, som plågat Henry, lindras med hjälp av god smärtlindring som Henry till slut godkänt och accepterat. Henrys sista tid präglas dock av oro. Vad ska hända med gården? Vem tar över livsverket?

PERSONALEN PÅ onkologkliniken ringer kontinuerligt till Henry den sista tiden, när Henry inte själv orkar prata får sambon ta över. Några gånger ringer sambon själv för att Henry har funderingar eller för att bara prata en stund.

HENRY BLIR ALDRIG ansluten till det palliativa hemsjukvårdsteamet men den kommunala hemsjukvården får hjälpa till under Henrys sista vecka i livet. Sjuksköterskan i den kommunala hemsjukvården får ordinationer och behandlingsstrategier av läkaren i det palliativa teamet.

Henry dör hemma på sin gård med sambo och sambons barn vid sin sida, två månader efter avslutad behandling.

Några frågor att diskutera:

- Patientens sambo var inte informerad om patientens sjukdom. Skulle personalen på onkologkliniken utrett detta mer under tiden behandlingarna pågick?
- Om ja, på vilket eller vilka sätt kunde detta ha skett för att påverka patienten att involvera sin sambo?
- Hur hade ni hanterat patientens ovilja att bli inskriven i ett ASIH-team? Skulle ni försökt påverka patienten? Om ja på vilket eller vilka sätt?
- I detta fall gjordes en individuell lösning för just denna patient, hade detta kunnat göras på annat sätt? Om ja, hur?
- Vad behöver man tänka på och hur ska man förbereda sig inför ett efterlevandesamtal med sambon och dennas barn.

TIPS

I SPN:s nyhetsbrev, september 2018, frågade vi efter idéer och tips från den kliniska palliativa vården på vad som fungerar bra och som andra kan lära av.

Här redovisas några av svaren och fler kommer i nästa nummer av tidskriften.

Att sprida palliativ kunskap – för ökad samsyn vid vård av barn - Barnokologen Lund

DET FINNS ETT PALLIATIVT nätverk med bas i barnonkologiska vårdenheten i Lund. Nätverket har regelbundna träffar för att reflektera över hur den palliativa vården på avdelningen bedrivs, lärdomar från barnen som dött, förbättringsmöjligheter för barn, familj och för personalen som vårdar. Nätverket är multiprofessionellt och består av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kurator, dietist, fysioterapeut och kan utökas med bland annat lekterapeut och psykolog vid diskussioner och utbildningar.

PÅ UPPDRAG AV hela barnsjukvården har nätverket de senaste åren genomfört utbildningsinsatser i palliativ vård för barn i form av ST-utbildning, två-dagars internutbildning för multiprofessionella team inom barnsjukvården samt kortare utbildningsinsatser. Målet med utbildningsinsatserna är ökad kompetens om symtomlindring, palliativa begrepp, visa på hela familjens behov, med mera.

MÅNGA AV DE sjukaste barnen vårdas på olika enheter inom barnsjukvården och med utbildningsinsatserna ökar, inte bara kompetensen, utan också samsyn mellan enheter och yrkesgrupper vad gäller begrepp och definitioner, vilket underlättar kommunikation och interventioner.

LÄKARE OCH sjuksköterskor inom barnsjukvården träffar sedan flera år tillbaka också kollegor från ASIH - Avancerad Sjukvård i Hemmet, för att öka möjligheterna för barn att vårdas hemma med professionell hjälp och för att utbyta erfarenheter, och lära av kollegor med kompetens i och erfarenhet av, palliativ vård för vuxna.

Charlotte Castor
Barnsjuksköterska på barnonkologen
e-post: charlotte.castor@med.lu.se

Joakim Ville
Läkare på barnonkologen
e-post: joakim.wille@skane.se

Inget hamnar mellan stolarna och patientsäkerheten har ökat - ASIH Lund

VILJAN OCH KRAFTEN att arbeta i en verksamhet som hela tiden utvecklas och vågar testa nya vägar är stor hos personalen på ASIH i Lund. Som medarbetare på ASIH i Lund känner man sig delaktig i utvecklingen av verksamheten, och personalen har med intresse och engagemang även deltagit i utvecklingen av det digitala verksamhetsstödet, itACiH .

DET ÄR ETT verksamhetsstöd som används på samtliga specialiserade palliativa verksamheter i Skåne. Det ger en tydlig överblick över arbetet som ska utföras, medarbetarna ser sin egen, patientens och teamets planering. Den strukturerade planeringen av arbetet har förbättrat arbetsfördelningen och underlättat samarbetet – vilket gäller alla yrkeskategorier i teamet. Oron för att saker ska hamna ”mellan stolarna”, eller glömmas bort har försvunnit och patientsäkerheten har ökat.

MED DATOR OCH SURFPLATTA är det enkelt att se vem som ska göra vad, registrera de insatser som gjorts, göra ändringar och lägga in nya och återkommande insatser. Äntligen finns det en möjlighet att göra symtomskattningar digitalt och att ta bilder vid hembesöken, samt kommunicera och planera tillsammans med till exempel patientens distriktssköterska.

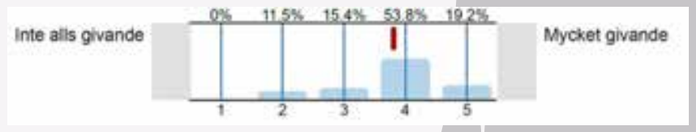
Sofia Ohlsson
Leg. sjuksköterska, ASIH, Lund
e-post: sofia@norregarden.se

Aktivt arbete med etiska frågeställningar
Länsdelssjukhuset i Piteå

FRÅN SJUKHUSETS klinikledning finns en tydlig målsättning att arbeta aktivt med etiska frågeställningar. Det finns ett etikombudsråd med representanter från varje enhet på medicin- och rehabiliteringskliniken där de flesta har genomgått Region Norrbottens ettåriga etikutbildning. Kunskapspåfyllning och nätträffar anordnas sedan för rådets medlemmar en gång per termin. Utöver det erbjuds olika etikföreläsningar 1 - 2 gånger per år för anställda på Region Norrbotten som alla kan delta i eller se via videolänk. Etikombudsrådet vid medicin- och rehabiliteringskliniken har funnits sedan 2010 och det är klinikledningen som har gett etikombudsrådet i uppdrag att anordna etiska aktiviteter för alla klinikens medarbetare.

ETIKOMBUDSRÅDET TRÄFFAS och planerar regelbundna etikcaféer som hålls en gång per månad, cirka 8 - 9 gånger per år, för all personal på kliniken. På etikcaféerna diskuteras olika etiska frågeställningar över en kopp kaffe. Etikcaféerna har hållits sedan 2016 och varje träff leds av ett eller flera etikombud. Varje etikcafé får ta 30 minuter och det är viktigt att hålla tiden.

VID EN ANONYM enkätutvärdering 2017, ansåg över 70 procent av deltagarna att etikcaféerna var givande eller mycket givande och att det var bra tillfällen att få reflektera över viktiga saker. Det var bra att få prata i mindre grupper, bra att träffas under andra omständigheter än på arbetet och bra att rotera på olika avdelningar.



ETIKCAFÉERNA ANNONSERAS på sjukhusets hemsida och affischeras även på alla avdelningar. Dessutom finns det andra etiska aktiviteter som pågår på vårdavdelningarna, som månadens fråga, värdegrundsspel med mera.

PÅ LÄNSDELSSJUKHUSET i Piteå finns 8 trygghetsplatser på en av sjukhusets internmedicinska avdelningar för patienter anslutna till den specialiserade palliativa verksamheten. Där har man infört etikronder en gång per månad som leds av de två palliativa rådgivningssköterskorna. Hela vårdteamet deltar och bidrar i diskussionerna. Ämnena är aktuella patientfall, där fokus ligger på de etiska utmaningarna.

DET AKTIVA etiska arbetet har lett till att personalen får öva sig i att synliggöra och diskutera etiskt svåra situationer samt dela med sig av kunskap och erfarenheter i dessa frågor. Att hela vårdteamet deltar är en framgångsfaktor och gör gott för helhetssyn och respekt för varandras kunskapsområden.

Jenny Brokvist
Leg. fysioterapeut,
Länsdelssjukhuset Piteå
e-post: jenny.brokvist@norrbotten.se

Maria Lundgren
Leg. arbetsterapeut,
Länsdelssjukhuset Piteå
e-post: maria.k.lundgren@norrbotten.se

Tack till er som delat med er och varsågod till er som härmed kan få inspiration och tips för att förbättra vården för era patienter.

Sociala konsekvenser av svår cancersjukdom - för närstående

TEXT// PETER STRANG

van Roij, J. et al: ***Social consequences of advanced cancer in patients and their informal caregivers: a qualitative study.*** Supportive Care in Cancer 2018 (e-publ ahead of print)

Människan är en social varelse som är i stort behov av relationer och sociala kontakter. Dessa kan påverkas – positivt eller negativt – vid svår sjukdom och både patient och närstående riskerar att drabbas. Målet med denna kvalitativa studie var att undersöka hur avancerad cancer påverkar både patient och närstående men i denna artikel avgränsar jag mig till närståendes upplevelser.

Metod och informanter

Närstående till patienter med cancer i palliativ fas intervjuades både i fokusgrupper och individuellt. Intervjuerna analyserades med tematisk analys - en variant av innehållsanalys .

Resultat

Att vara närstående hade omfattande sociala konsekvenser och författarna beskriver tre huvudteman: 1) socialt engagemang, 2) social identitet och 3) socialt nätverk.

Både patienter och närstående ville helst leva som de levt innan sjukdomen och eftersträvade normalitet, mitt i all sjukdom. Men det fanns en skillnad, anhöriga var smärtsamt medvetna om att de skulle överleva patienten och behöva planera för framtiden, utan den sjuke. Rollen som anhörigvårdare var tidskrävande och det som tidigare varit normalt var det inte längre. Det kändes svårt att vara ifrån den sjuke och därför blev närstående mer isolerade. En del av de yngre närstående gick ner i arbetstid medan andra fortsatte att jobba. Orsaken till att man valde att arbeta var behovet av distraktion, men också ekonomisk.

Trots behov av sociala kontakter och att de uppskattades, minskade kontakterna på grund av tidsbrist, brist på ork, grubblerier, skuldkänslor och för risken att uppfattas som självisk, om man träffade bekanta på egen hand.

Också den sociala identiteten, det vill säga hur andra betraktade en, påverkades. Många berättade hur cancer blivit en del av identiteten. När de träffade sina vänner handlade det mesta om cancersjukdomen. Många i umgänget ville eller vågade inte fråga den som var sjuk, istället riktades frågorna till närstående, vilket ibland blev tröttsamt.

Patientens förändrade utseende påverkade också indirekt de närstående. Trots svår sjukdom försökte patienterna ”se friska ut”. Omgivningen kommenterade detta och närstående kände att deras roll missuppfattades då de inte förstod vilken press den anhöriga levde under, när patienten såg så ”frisk” ut. En del störddes också av att vänner behandlade dem med silkesvantar, de höll med i allt den anhörige sade, vilket kändes onaturligt.

Sjukdomen hade påverkat relationerna med andra. Vissa personer började undvika dem, medan andra, lite förvånande, tog mer kontakt. Ändå var det inte självklart hur kontakterna upplevdes - vissa besök uppskattades, andra var mer till besvär.

Diskussion

Studien bekräftar att en svår sjukdom drabbar hela familjen och ger en bra bild av vad det innebär när vardagen, normaliteten går förlorad. Som anhörigvårdare blev man mer isolerad, kontakten med andra gav inte samma glädje som förr och det mesta kom att handla om cancer, inte om vardagen.

En aspekt som artikeln tar upp är det faktum att anhörigas roll blir dubbel när det gäller palliativ vård – det är normalitet som eftersträvas samtidigt som man måste planera för en framtid som den sjuke inte kommer att vara del av. I några fall beskrev informanterna att den sjuke redan hade ”checkat ut” ur livet.

En kvalitativ studies styrkor är djupet på argumenten – informanterna kan berätta hur de verkligen har det. En svaghet är urvalet och analysen. I det här fallet var många av de anhöriga relativt välutbildade och alla hade västerländsk bakgrund. Ett urval som hade inkluderat lågutbildade eller personer med annan etnisk bakgrund och erfarenhet hade kunnat ge en delvis annan bild.

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

Foto: Lauri Mannermaa

Varje människa är en hel värld

JAG STOD VID EN HOTELLDISK i Samarkand när hon vände sig om, en finlandssvensk kvinna vars vägar hade råkat korsa mina i Uzbekistan.

– Jag kände förresten din syster, jag var hennes lägerledare en gång. Hon var kanske nio år då. Man fick ju inte ha favoriter, men det kunde inte hjälpas. Hon var min favorit.

Jag tittade på henne och inom öppnades ett bråddjup. Det händer varje gång jag blir påmind om hur mitt liv ser ut.

JAG HAR TVÅ LIV. Ett medan Py fanns. Ett där hon inte längre finns. Maria-Sofia hette min storasyster, men hon kallades aldrig något annat än Py. Den fjärde oktober 1994 dog hon i meningit, nitton år gammal, mitt i studierna på kemisk-tekniska fakulteten vid Åbo Akademi.

I tjugofyra år har jag varit utan henne. Över halva mitt liv. Jag har studerat, börjat jobba. Jag har blivit korrespondent. Jag har fått barn. Mitt barn kommer aldrig att ha någon moster, aldrig några kusiner på sin mammas sida.

NATURLIGTVIS ÄR DET inte synd om oss. Det finns människor som har förlorat hela sin familj. Föräldrar som inte har kvar ett enda av sitt barn.

Men varje människa är en hel värld. Det tomrum varje enskild människa lämnar efter sig saknar botten och tak. Det går inte att fylla och inte att tänka bort, det går bara att bära med sig.

Ibland öppnas falluckan och man ramlar ner i insikten om att hon har funnits och inte finns och aldrig mer kommer att finnas.

NÄR MAN VAR YNGRE saknade man henne för allt hon betydde för en själv. När man blir äldre inser man att förlusten var ännu mycket större än man trodde. Vetskapen om att min dotter aldrig kommer att få träffa henne kan fortfarande göra mig ursinnig. Jag står som Job och skakar min näve mot makter jag inte känner. Sedan måste jag skala potatis till middagen.

En kväll ligger min dotter och jag i sängen och läser ”Farlig midsommar” av Tove Jansson. Snusmumriken som hatar förbud har sått hattifnattfrön i parken. Parkvakterna löper amok.

”Vad tänker du göra med honom? frågade Lilla My. Hänga honom, koka honom eller stoppa opp honom?”

Gudarna kan för min del dra åt helvete, det finns ingenting romantiskt eller upphöjt med unga människors död.

Vi skrattar så vi gråter. Min dotter ber mig läsa repliken en gång till. Vi skrattar ännu mer. Oväntad, drastisk humor. Sådan som Py älskade. Uppblåsta människor gjorde henne så full i skratt att hon knappt kunde tala. Tjugofyra år kan gå, eller femtiofyra. Jag vet fortfarande vilka saker hon skulle skratta åt i det liv jag lever nu.

Om man skulle beskriva förlusten av en älskad människa, så är det just den här besynnerliga känslan av närvaro i frånvaro. Många år efter att personen gått bort kan man plötsligt komma på sig själv med att tänka att hon i själva verket bara har gett sig iväg på en lång resa. Att hon finns någonstans, hon står på berget under solen som Edith Södergran.

NÄR UNGA MÄNNISKOR DÖR vill man gärna se en högre mening med det hela, enligt devisen ”den gudarna älskar dör ung”. Gudarna kan för min del dra åt helvete, det finns ingenting romantiskt eller upphöjt med unga människors död. Det enda som finns är en fruktansvärd orättvisa, som aldrig går att acceptera eller försona sig med.

– Gud är en idiot!, skrek jag åt prästen som vi samtalade med efter min systers död.

Då det gäller att ge utlopp för sorg löser man som sagt ingenting med utbrott mot högre makter vars existens inte går att bevisa. Men det hjälper i alla fall för stunden.

Vid den där hotelldisken i Samarkand kände jag, mitt i sorgen, en ilande glädje över att den här kvinnan fortfarande kom ihåg min syster. Över alla minnen av henne jag bär som ett barn i famnen, ända sedan den oktobermorgon jag såg henne ligga under ett lakan på Åbo universitets centralsjukhus.

JAG TÄNKTE PÅ DEN GÅNGEN Py återvände från en språkkurs i Frankrike. Vi väntade på flygplatsen, hela familjen. Hon kom gående med självsäkra steg i ett par lysande gröna, högklackade skor. Ansiktet strålade. Hon var sexton år, hade lärt sig franska och köpt gröna skor.

I den stunden gick hon på sol.

Krönikan har tidigare varit publicerad i Dagens Nyheter

Anna-Lena Lauren
Korrespondent för Dagens Nyheter i Ryssland

Debatt - svar

Den ökande ensamheten – kanske inte alls en myt?

Svar på debattartikel i Palliativ Vård nr 3, 2018 - Den ökande ensamheten är en myt, av Mood och Jonsson.

Det är med stor tillfredsställelse vi ser att diskussionen om ensamhet i samhället lyfts fram och tar plats och det går enkelt att argumentera för att ensamheten bland befolkningen både ökar och minskar. Vårt viktigaste budskap är - det beror på - vad man menar med och definierar ensamhet som, och vad man faktiskt mäter.

DISKUSSIONEN OM HUR vanligt det är att svenskar känner sig ensamma är dock inte ny. Redan 2010 presenterade den svenska gerontologen Lars Tornstam en undersökning av förekomsten av ensamhet bland svenskar. Han fann att svenskar under åren 1985 – 2008 skattade lägre förekomst av ensamhet än 25 år tidigare. Samtidigt menade han att ett socialt nätverk i form av släktingar eller vänner inte självklart lindrar känslor av ensamhet.

ENLIGT TORNSTAM FINNS det tre former av ensamhet – en kvantitativ form som handlar om hur stor umgängeskrets man har, en kvalitativ form som mer handlar om att känna sig ensam även om man har människor omkring sig. Till detta kommer en tredje form, den självvalda ensamheten. Att kunna gå undan och vara själv är något som många av oss behöver. Det Tornstam sätter fingret på är att ensamhet inte är ett entydigt tillstånd och att ensamhet inte enkelt går att mäta.

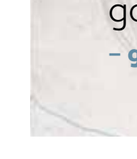
STUDIER SOM VILL uttala sig om förekomst av ensamhet kompliceras ytterligare av att ensamhet skiljer sig åt mellan olika grupper av människor. Det är rimligt att anta att äldre personer som inte längre har några jämnåriga vänner kvar i livet som de kan dela minnen med, löper större risk att känna sig ensamma. De är helt enkelt ensamma kvar – något vi hör ofta i våra studier om existentiell ensamhet bland äldre. Det andra är att svårt sjuka människor som har fått veta att de inte har lång tid kvar att leva, rimligen har behov av att samtala om det liv som levts och om döden som ligger framför dem. Döden är ju något som ingen av oss som lever idag vet något om. I den situationen är de helt ensamma. Döden, precis som födelsen, är något vi människor måste möta ensamma.

ENSAMHET ÄR alltså ett mångfacetterat begrepp och kan delas in i många olika beståndsdelar. Det rent objektiva kvantitativa måttet på ensamhet är oftast hur många kontakter man har dagligen eller om man bor tillsammans med någon. Även uppgifter om hur ofta man träffar släkt och vänner brukar räknas som sådana mått och går enkelt att hämta från SCB och andra register. Det som komplicerar, och möjligen nyanserar, denna bild är att det inte är så enkelt att man känner sig mindre ensam bara för att man är omgiven av en massa människor. Så är exempelvis fallet med äldre personer som flyttar till särskilt boende där de närstående är övertygade om att detta är något som ska minska känslan av ensamhet. Men de äldre själva beskriver att de snarare känner sig än mer ensamma när de ska de dela vardag och matbord med personer som de inte har några gemensamma intressen med. Detta leder i sin tur till att de föredrar att tillbringa stora delar av dagen på sina rum - för att känna sig mindre ensamma. Detta stödjs även av resultatet i Socialstyrelsens rikstäckande undersökning av äldres uppfattning av äldreomsorgen från 2016, där en större andel personer på särskilt boende anger att de besväras av ensamhet, än personer som bor hemma med hemtjänst. Även om vård-och omsorgspersonal ofta uppfattar äldre personers djupare känsla av ensamhet, känner de sig ofta osäkra på hur de ska tolka , förstå och möta de äldres behov.

DET FINNS ÄVEN en utbredd uppfattning om att sociala aktiviteter och att ofta träffa släkt och vänner, minskar ensamhet. Det är naturligtvis en viktig aspekt, men inte något som nödvändigtvis minskar känslan av ensamhet. När vi intervjuar äldre personer poängteras snarare vikten av betydelsefulla relationer och meningsfulla samtal. De pratar även om att de önskar att andra gör saker ”tillsammans med” dem istället för ”för dem”. Deras närstående har en helt annan syn och lyfter istället fram just vikten av att hälsa på och höra av sig, sociala aktiviteter och utflykter. Istället hade det kanske varit mer betydelsefullt om någon närstående satt ner och fört ett djupare samtal om livet som har varit och livet som ligger framför dem.

DET ÄR ALLTSÅ VIKTIGT ATT i denna debatt föra in en mer nyanserad bild av vad ensamhet faktiskt är och hur det kan mätas. Våra studier har främst fokuserat på existentiell ensamhet som kan ses som en väsentlig del i paraplybegreppet ensamhet. Där är känslan av ensamhet i fokus, snarare än objektiva mått där andra definierar vem som är ensam. Våra slutsatser är att man till och med kan känna sig mer ensam bland en massa människor än när man är för sig själv och vi menar att medvetenheten om detta faktum är av största betydelse i debatten. Den insikten är också av största betydelse inom Socialtjänst och Vård och omsorg. Det går alltså inte att gömma sig bakom siffror och statistik som saknar relevans för det egentliga problemet.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Anna-Karin Edberg
Professor i omvårdnad, Högskolan Kristianstad

Kerstin Blomqvist
Professor i omvårdnad, Högskolan Kristianstad

Ingela Beck
Universitetslektor i omvårdnad, Högskolan Kristianstad och Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet

Ingrid Bolmsjö
Professor emerita, Malmö universitet

Margareta Rämgård
Universitetslektor i vårdvetenskap, Malmö universitet

Birgit Rasmussen
Professor i palliativ omvårdnad, Palliativ utvecklingscentrum, Lunds universitet

Replik:

Jodå, ensamheten minskar

Det går enkelt att argumentera för att ensamheten bland befolkningen både ökar och minskar", säger ett antal företrädare för omvårdnadsprofessionen och - forskningen i en kommentar till vår artikel i Palliativ Vård nr 3, 2018. Nej, så är det inte. Det finns klara belägg för att ensamheten i befolkningen minskar – se vår artikel som finns på www.nrpv.se – och vi har ännu inte sett någon trovärdiga evidens för motsatsen.

ARTIKELFÖRFATTARNA MENAR också att det är enkelt att hitta data på objektiva mått på ensamhet, och där har de lika fel. Att samla in data över tid för att kunna studera samhällsförändringar, som vi gör i Levnadsnivåundersökningarna- LNU, kräver många års arbete. LNU mäter levnadsnivån på ett objektivt sätt delvis för att ge en politiskt relevant beskrivning av välfärden. För även om man kan argumentera för att subjektiva känslor – som existentiell ensamhet eller lycka – är helt centrala, är det inte främst där problem bör bekämpas, då skulle ju till exempel droger kunna vara lösningen. Istället bör målet vara att människor har resurser så att de kan styra sina liv – resurser som kan ges av offentlig vård och omsorg, liksom av släktingar, vänner med flera. Därför är det viktigt att veta hur många som saknar socialt stöd, det vill säga som är "funktionellt ensamma" – människor som skulle kunna bli hjälpta av vård- och andra insatser.

VI HAR I LNU FRÅGAT människor om de 1 saknar någon att tala med om personliga bekymmer, 2 saknar sällskap och 3 saknar någon som kan ställa upp om man är sjuk. Dessa indikatorer torde vara relevanta för de "betydelsefulla relationer och meningsfulla samtal" som efterlyses och "känslan av ensamhet" hänger mest ihop med just sådana mått – det handlar om att ha vänner, umgänge och partners. Glädjande nog är det få i befolkningen som saknar socialt stöd, ca 3 procent i åldrarna 18-76, och denna form av ensamhet har också minskat sedan 1981, se vår artikel. Lika glädjande är nyheten att andelen som har en nära vän ökar kraftigt mellan 2009 och 2017 bland dem som är 85 år eller äldre.

DET ÄR FÖRSTÅS INTE ointressant att också studera känslan av ensamhet. Det finns, såvitt vi vet, få riksrepresentativa studier av förändringen av denna känsla. Den minskade dock mellan 1985 och 2008 i befolkningen 25-79 år. I en studie av SWEOLD, som är en uppföljning av LNU bland dem som blivit 77 år eller äldre, märks ingen ökning av ensamheten mellan 1992 och 2014. Internationella studier visar dessutom att den är lägre i Sverige än i de flesta andra studerade länder.

ENSAMHET, HUR MAN nu väljer att se på den, är förstås ett stort problem för de som är utsatta och det är viktigt att hitta vägar att minska den – på politisk väg, genom vård- och omsorgsinsatser, eller på andra sätt. Men en grund för sådana försök måste vara att få de faktiska siffrorna rätt, både när det gäller nivå, fördelning och förändring. Att visa utvecklingen av ensamhet över tid, gärna enligt olika definitioner, är nödvändigt för att ge en så objektiv och fullständig bild som möjligt av ett komplicerat samhällsfenomen. Det är, menar vi, precis vad politiker, allmänhet samt vård- och omsorgsanställda behöver. Att påstå att detta är att "gömma sig bakom siffror och statistik" är ett besynnerligt sätt att se på verkligheten. Frågan om ensamheten ökar eller minskar är ju precis en fråga om siffror. Alternativet är att gissa, eller att nöja sig med åsikter baserade på känslor eller anekdoter, men det är främmande för oss som forskare och knappast till någon hjälp för dem som dagligen jobbar inom vård och omsorg.

Repliken med referenser finns på www.nrpv.se

Carina Mood
Professor i sociologi.
Institutet för Social Forskning,
Stockholms universitet samt Institutet för Framtidsstudier.

Jan O Jonsson
Professor i sociologi.
Institutet för Social Forskning, Stockholms universitet
samt Nuffield College, Oxfords universitet.

6:E NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD | ÖSTERSUND 11-12 MARS 2020
WWW.PALLIATIV2020.SE
Teamens kompetens och perspektiv. Palliativ vård som en del av livet
Nationella Rådet för Palliativ Vård
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Varmt välkommen till Östersund!

Vi är glada att kunna hälsa dig välkommen till den 6:e Nationella Konferensen om Palliativ Vård 2020. Konferensen arrangeras gemensamt av Nationella Rådet för Palliativ Vård och Palliativa enheten vid Östersunds sjukhus och med stöd av Malmö kongressbyrå. Konferensen kommer att hållas onsdag och torsdag 11 och 12 mars och har temat "Teamens kompetens och perspektiv. Palliativ vård som en del av livet".

Team *- för att palliativ vård alltid engagerar flera samverkande kompetenser inklusive patienten själv och närstående.*

Kompetens *- för att ju kunnigare vi är desto större blir möjligheterna till optimal lindring.*

Perspektiv *- för att inspirera oss att se utmaningar ur olika synvinklar: glesbygd, stad, barn, unga vuxna, dementa på särskilt boende, hjärt-svikt på universitetssjukhus, KOL på hälsocentralen, allmän palliativ vård i hemmet.*

Allas rätt till tillgång till specialiserad palliativ kompetens vid komplexa behov där den allmänna palliativa vården inte räcker till.

Palliativ vård som en del av livet för att lyfta vårt ansvar att inkludera allmänheten som vänner, grannar, arbetskamrater och släktingar. Att proaktivt inse livets skörhet och därmed få styrka att leva livet fullt ut.

Konferensen genomförs vecka 11, det vill säga i mars - mellan sportlov och påsk. Då är det vårvinter i Jämtland och något som många anser vara den bästa tiden på året, den femte årstiden. I bästa fall gnistrande snö med härliga vyer över fjäll och skog. Tänk redan nu på möjligheten att ta en långhelg direkt efter konferensen. Stanna i Östersund och njut av skidåkning och långfärdsskridskor på Storsjön eller det prisbelönta museet Jamtli med filial till Nationalmuseum. Eller njut av vad vårvinterfjällen kan erbjuda på skidorter som Björnrike, Vemdalsskalet, Klövsjö, Bydalen, Duved eller Åre.

Väl mött!

Bertil Axelsson
Ordförande i Nationella Rådet för Palliativ Vård – NRPV
Professor i Palliativ medicin, Östersund och Umeå

För organisationskommittén

Anna Forzelius, *leg. sjuksköterska, enhetschef palliativa enheten, Östersunds sjukhus*
Tove Stenman, *leg. sjuksköterska/barnmorska, palliativa enheten, Östersunds sjukhus*
Fredrik Wallin, *leg. sjuksköterska, palliativ processledare RCC Norr*

Nästa nummer

Tema: Det palliativa kitet

SFPO
SJUKSKÖTERSKOR FÖR PALLIATIV OMVÅRDNAD

DIPLOMERING FÖR SJUKSKÖTERSKOR INOM PALLIATIV OMVÅRDNAD -

sista ansökningsdag för våren
är den 15 januari 2019.

RÄTTELSE FRÅN FÖRRA NUMRET:

Titti är styrelsemedlem i SFPO och inte i SFPM

Vill du ha kostnadsfria nyhetsbrev om palliativ vård?

SPN - Svenskt Palliativt Nätverk skickar månadsvis ut kostnadsfria nyhetsbrev till den som vill prenumerera.

Meddela namn yrke ort samt e-postadress till:
infospn@stockholmssjukhem.se
så får du nyhetsbreven till din inkorg.

Nationella Rådet för Palliativ Vård

Adress Mariebergsgatan 22, 112 19, Stockholm
E-post info@nrpv.se
Hemsida www.nrpv.se

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

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

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

SPN
Svenskt Palliativt Nätverk
Hemsida: ***www.stockholmssjukhem.se/spn***

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

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

FSA
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Hemsida: ***www.arbetsterapeuterna.se***

Fysioterapeuterna – Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi
Hemsida: ***www.fysioterapeuterna.se***

Nätverk för sjukhuskyrka och teologer inom palliativ vård

Nätverk för chefer och ledare i palliativ vård

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. fysioterapeut, DIHR
Stockholm
tidskriften@nrpv.se

REDAKTION
Solveig Hultkvist
Kurator, Stockholm
SiP

Elisabet Löfdahl
Överläkare, Göteborg
SFPM

Evelyn Pesikan
Medicinjournalist, Stockholm
Evelyn.pesikan@gmail.com

Fredrik Wallin
Specialistsjuksköterska i onkologi,
Östersund
SFPO

Annonser
Adviser Försäljning AB
Tanja Nilsson
040-643 04 05
tanja@adviser.se

TRYCK
Lenanders Grafiska AB

LAYOUT
Adviser studio
traffic@adviser.se

ISSN
2001-841X

PRENUMERATION
4 nummer per kalenderår. Pris 300:-
För att prenumerera: skicka e-post med namn, adress samt postadress till tidskriften@nrpv.se

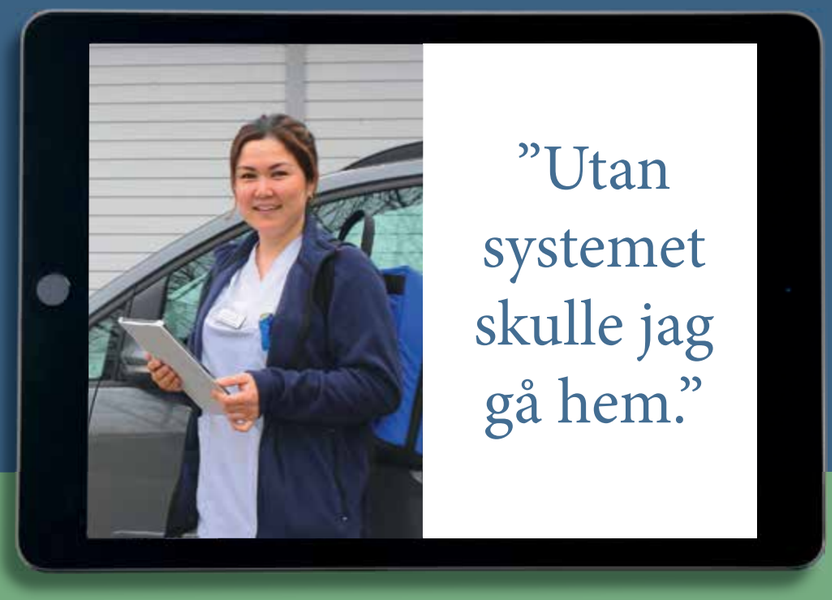
Palliativ Vård – Tidskriften för palliativ vård i Sverige ges ut med stöd av Stiftelsen Stockholms Sjukhem och Palliativt centrum vid Lunds Universitet och Region Skåne.

Citera gärna ur tidskriften men ange alltid källan och respektera upphovsrätten. Redaktionen delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs i artiklarna.

Ett riktigt bra vardagsnära it-stöd

itACiH visar personalens, patientens och teamets planering, delar information mellan vårdgivare, minimerar tiden för rapportering, möjliggör fotografering och symtomskattning online i hemmet.

Med itACiH Verksamhetsstöd får alla i teamet en tydlig bild av arbetet på ett strukturerat och överskådligt sätt.



*” Med hjälp av verksamhetsstödet har vi lyckats skapa en effektiv verksamhet **med** hög vårdkvalitet och bra arbetsmiljö.”*

Karin Rådberg
Enhetschef ASIH, Palliativ vård och ASIH – Lund

Införandet av itACiH Verksamhetsstöd på ASIH i Lund blev en fullträff.
Nu används det av samtliga palliativa verksamheter i Skåne.

www.itacih.se

Verksamhetsstöd itACiH Sjukvård i hemmet

Posttidning B
Avs Palliativ vård
c/o Adviser AB
Åsgatan 2, 153 30 Järna

neria™ guard

Godkänd för subkutan smärtbehandling[1]

Neria™ guard

INFUSIONSSET MED STICKSKYDD

En mjuk väg för subkutan smärtbehandling

Ett helautomatiskt, sticksäkert[2] och delbart infusionsset med mjuk kanyl.

INTEGRERAD INSERTER FÖR OPTIMALT STICKSSKYDD
Överensstämmer med EU-förordningen för stickskydd[2].

GOD HÄFTFÖRMÅGA
Integrerad hud- och allergivänlig häfta[3].

STANDARD LUERKOPPLING
för subkutan intermittent injektion via spruta alternativt med smärtpump.

MINIMALT MED LÄKEMEDELSSVINN
Dubbla slanglager ger låg primingvolym[4].

Neria™Guard förskrivs på hjälpmedelskort eller beställs direkt från Nordic Infucare:
order@infucare.se
08-601 24 40

Kontakta Nordic Infucare för visning och varuprov: info@infucare.se

nordic INFUcare

www.infucare.com

NordicInfu Care AB • Box 1225 • 131 28 Nacka strand

Neria is a trademark of Unomedical a/s © ConvaTec Inc.2018

INM.SV.031-01-SEP12018

Ref: (1) Drug Compatibility Study of Three Infusion Devices with Morphine Sulfate, version 1.4, IKFE 10006, September 2, 2001. Data on file. Unomedical. (2) EU Sharps Directive of 10 May 2010 & Needlesticks, Medical Device Reporting, Guidance for User Facilities, Manufacturers, and Importers. Document issued on: November 12, 2002. (3) 2) Biological Safety Testing, October 2011, Data on File, Unomedical a/s. (4) Chan G.C.F., NgD.M.W. Et al, Comparison of Subcutaneous Infusion Needles for Transfusion-Dependant Thalasseamia Patients by the Intrapersonal Cross-Over Assessment Model, Am.J. Hematol, 76;398-404.