

I:A NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD, 12–13 APRIL 2010



INNEHÅLLSFÖRETECKNING

Välkommen	2
Programkommitté	3
Programöversikt	4-5
Program detaljerat per dag	6-13
Förteckning Abstracts	14-19
Abstract Föredrag	20
Abstract Poster	43
Register Abstracts – nummerordning	54

Kära kollegor och konferensdeltagare,

Det är med stor glädje och stolthet vi hälsar er välkomna till den första nationella konferensen i palliativ vård. Framgångar och utmaningar för den palliativa vården står i fokus när landets ledande kompetens samlas på Norra Latin i Stockholm den 12-13 april 2010.

Intresset för palliativ vård och vård i livets slutskede är stort. Det pågår mycket intressant utvecklingsarbete inom olika organisationer och verksamheter runt om i landet och det finns många aktiva nätverk. Trots detta finns det få etablerade nationella forum och gemensamma arenor för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Vår förhoppning är att den nationella konferensen i palliativ vård ska bli ett sådant forum. Ett forum som ger möjlighet till utbyte av kunskaper och erfarenheter inom och mellan olika vårdformer och professioner.

Under två dagar ska konferensen tydliggöra utmaningarna, lyfta fram det aktuella kunskapsläget och visa på det bästa vi har i Sverige inom palliativ vård, forskning och klinisk utveckling. Konferensen vänder sig både till dem som är kliniskt verksamma inom äldreomsorg och sjukvård samt till dem som arbetar med forskning, utbildning och utveckling inom palliativ vård. Programmet, som omfattar inbjudna föreläsare från olika professioner och olika delar av landet, sträcker sig över den palliativa vårdens huvudområden. Med i programmet finns även debatter och olika perspektiv på palliativ vård genom posters och fria föredrag från konferensdeltagarna.

Konferensen, som arrangeras i samarbete mellan Stiftelsen Stockholms Sjukhem, Ersta Hospiceklinik, Ersta Sköndal högskola och Nationella Rådet för Palliativ Vård, invigs av H.M. Drottning Silvia. Drottningen har ett starkt och personligt engagemang i frågor som rör vård i livets slut och det är en stor ära att Drottningen inviger den första nationella konferensen i palliativ vård.

Varmt välkomna till två intressanta och inspirerande dagar!

Carl Johan Fürst
Överläkare Stockholms Sjukhem
Professor, Karolinska Institutet
Ordförande Nationella Rådet för Palliativ Vård

Jan-Håkan Hansson
Rektor Ersta Sköndal Högskola
Tf direktor, Ersta Diakoni

Elisabet Wennlund
Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem

PROGRAMKOMMITTÉ

Georg Engel
Verksamhetschef, med. dr.
Hospicekliniken Ersta Sjukhus

Carl Johan Fürst
Överläkare, Stockholms Sjukhem
Professor, Karolinska Institutet
Ordförande Nationella Rådet för Palliativ Vård

Peter Strang
Professor, Karolinska Institutet,
Överläkare, Stockholms Sjukhem

Britt-Marie Ternestedt
Professor, Ersta Sköndal Högskola


UTSTÄLLANDE FÖRETAG:


Baxter Medical AB
GlaxoSmithKline Consumer Healthcare AB
Meda AB
MedCore AB
Mundipharma AB
Nycomed AB
Pfizer AB
Studentlitteratur AB


**Program, 1:a Nationella Konferensen i Palliativ vård,
Dag 1. 12 april 2010**


10.00	10.30	INVIGNING Carl Johan Fürst, Överläkare Stockholms Sjukhem, Professor, Karolinska Institutet, Ordförande Nationella Rådet för Palliativ Vård Jan-Håkan Hansson, Rektor Ersta Sköndal Högskola, Tf direktor, Ersta Diakoni Elisabet Wennlund, Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem H.M Drottning Silvia				
10.30	10.55	ATT LEVA NÄRA DÖDEN Peter Strang				
10.55	11.15	PAUS				
11.15	11.35	ATT MÖTA FAMILJER NÄR EN AV DEM HAR EN LIVSHOTANDE SJUKDOM Ida Carlander				
11.35	12.00	LINDRING AV SYMPTOM – UTMANINGAR FUNDERINGAR OCH AKTUELLA FRÅGESTÄLLNINGAR Bertil Axelsson				
12.00	13.15	LUNCH/POSTER				
13.15	14.15	DEMENS UR PALLIATIV SYNVINKEL Barbro Beck Friis ATT MISTA SITT BARN I CANCER – 449 FÖRÄLDRARS ERFARENHETER Ulrika Kreicbergs	I. ATT LEVA NÄRA DÖDEN Moderator: Anna Milberg Medverkande: Kristina Ek Anna Milberg Kerstin Åkerlund Magdalena Andersson	II. ATT VARA NÄRSTÅENDE DEL 1 Moderator: Eva Benzein Medverkande: Inger Benkel Maria Carlsson Anette Henriksson Inger James	III. LINDRING AV SYMPTOM Moderator: Margareta Randén Medverkande: Eva-Lena Andersson Margareta Randén Ulla Zachrisson Annette Lindblad	IV. EXISTENTIELLA FRÅGOR Moderator: Ingrid Bolmsjö Medverkande: Lisa Sand Berit Seiger Cronfalk Marit Karlsson Maria Browall
14.15	14.30	PAUS				
14.30	15.30	ETISKA DILEMMAN I VARDAGEN - KUNSKAP, TEAMARBETE, ETISK ANALYS FORDRAS I GOD PALLIATIV VÅRD. Gunnar Eckerdal I DEN DJUPASTE FÖRTVIVLAN – VAR FINNS GUD? Lars Björklund	V. FORSKNINGSSAMVERKAN: OPCARE 9 Moderator: Carl Johan Fürst Medverkande: Birgit Rasmussen Carina Lund-Hagelin Olav Lindqvist Sylvia Sauter Carol Tishelman	VI. ATT FÖRBÄTTRA VÅRDEN I LIVETS SLUT FÖR DE ÄLDRE : Moderator: Jane Österlind Medverkande: Jane Österlind Berit Ålstig Eva Åstradsson	VII. SPECIALISERAD PALLIATIV HEMSJUKVÅRD NU OCH I FRAMTIDEN Diskussion under ledning av Maria Jakobsson och Monica Nilsson, NRPV	VIII. ETIK OCH HOPP Moderator: Daniel Brattgård Medverkande: Louise Olsson Eva Erichsen Daniel Brattgård
15.30	16.15	KAFFE /POSTER				
16.15	17.30	PANELDEBATT: DÖDSHJÄLPS DEBATTEN OCH DEN PALLIATIVA VÅRDEN Moderatorer: Carl Johan Fürst, Britt-Marie Ternestedt Deltagare: Barbro Beck-Friis, Daniel Brattgård, Anette Henriksson, Marit Karlsson, Nils Lynöe, Barbro Westerholm				
17.30	18.30	MINGEL				

 Gul = Aulan

 Lila = Rum 361

 Blått = Rum 357

 Rosa = Rum 353

 Grön = Rum 351

**Program, 1:a Nationella Konferensen i Palliativ vård,
Dag 2. 13 april 2010**

09.00	09.40	DEN PALLIATIVA VÅRDENS UTVECKLING OCH UTMANINGAR Britt-Marie Ternestedt, Peter Strang				
09.40	10.00	PALLIATIV VÅRD I SVERIGE – EN ÖVERSIKT Carl Johan Fürst				
10.00	10.20	PALLIATIV VÅRD I FRAMTIDEN – EN SPANING Georg Engel				
10.20	11.00	KAFFE/POSTER				
11.00	11.25	GER UTBILDNING DEN KOMPETENS SOM KRÄVS? Joakim Öhlen, Staffan Lundström				
11.25	12.00	KVALITET – HUR MÄTER MAN DEN? Eva Thorén Todoulos				
12.00	13.00	LUNCH				
13.00	13.40	DÖDEN PÅ NÄTET - SOCIALA MEDIER I PALLIATIV VÅRD Sara Natt och Dag	IX. DEN PALLIATIVA VÅRDENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH KULTUR Moderator: Christina Ridderbäck Medverkande: Lise-Lott Dwyer Christina Ridderbäck Marie-Louise Ekström	X. PALLIATIVRE-GISTRET Moderator: Bertil Axelsson Medverkande: Marjatta Ahlsén Lisa Martinsson Alireza Gholiha	XI. PERSONALENS SITUATION Moderator: Inga-Lill Källström Karlsson Medverkande: Elisabeth Bergdahl Birgitta Wallerstedt	XII.UTVECKLINGS- OCH FÖRBÄTTRINGS-ARBETE Moderator: Maria Jakobsson Medverkande: Kristina Fredriksson Gunhild Hultberg Susanne Dufva
13.40	14.00	PAUS				
14.00	14.55	17 STARKA OPIOIDER PÅ MARKNADEN, VILKEN SJUTTON SKA JAG VÄLJA? Staffan Lundström TRÖST Astrid Norberg	XIII. PALLIATIV VÅRD FÖR BARN OCH UNGA. Moderator: Georg Engel Diskussion inför öppnande av Ersta Barnhospice	XIV. ATT VARA NÄRSTÅENDE DEL 2 Moderator: Birgitta Andershed Medverkande: Susanne Lind Ingbritt Borstrand Tove Bylund Grenklo	XV. VÅRDPLANERINGSMETOD OCH NUTRITIONSVÅRDPROGRAM Moderator: Ylva Orrevall Medverkande: Ulla Molander Lena Söderberg	XVI. Blodtransfusioner i palliativ vård – hur och varför? Moderator: Carl Johan Fürst Medverkande: Margareta Gustavsson Kerstin Unnerstedt
14.55	15.15	KAFFE/POSTER				
15.15	16.00	PANELDEBATT: NÄR BLIR DEN PALLIATIVA VÅRDEN EN SJÄLVKLARHET FÖR ALLA? Moderatorer: Eva Thorén Todoulos, Carl Magnus Edenbrandt Lars-Erik Holm, Maria Jakobsson, Birgit Rasmussen				
16.00	16.15	Avslutning				

	Gul	= Aulan
	Lila	= Rum 361
	Blått	= Rum 357
	Rosa	= Rum 353
	Grön	= Rum 351

1:a Nationella Konferensen i Palliativ vård

Dag 1 – Måndag den 12 april 2010

10.00	10.30	INVIGNING Carl Johan Fürst, Överläkare Stockholms Sjukhem, Professor, Karolinska Institutet, Ordförande Nationella Rådet för Palliativ Vård Jan-Håkan Hansson, Rektor Ersta Sköndal Högskola, Tf direktor, Ersta Diakoni Elisabet Wennlund, Sjukhusdirektör, Stockholms Sjukhem H.M. Drottning Silvia	Aulan
10.30	10.55	ATT LEVA NÄRA DÖDEN Peter Strang, Professor, Karolinska Institutet	
10.55	11.15	PAUS	
11.15	11.35	ATT MÖTA FAMILJER NÄR EN AV DEM HAR EN LIVSHOTANDE SJUKDOM Ida Carlander, Leg sjuksköterska Ersta Sköndal Högskola	Aulan
11.35	12.00	LINDRING AV SYMPTOM – UTMANINGAR FUNDERINGAR OCH AKTUELLA FRÅGESTÄLLNINGAR Bertil Axelsson	
12.00	13.15	LUNCH/POSTER	
13.15	14.15	DEMENS UR PALLIATIV SYNVINKEL Barbro Beck Friis, Professor, Borensberg ATT MISTA SITT BARN I CANCER – 449 FÖRÄLDRARS ERFARENHETER Ulrika Kreicbergs, Docent och leg sjuksköterska, Karolinska Institutet	Aulan
13.15	14.15	I. ATT LEVA NÄRA DÖDEN Moderator: Anna Milberg Kristina Ek F1 Sträva för att behålla livsutrymmet: berättelser om att leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom och vara ensamboende. Ek Kristina, Ternestedt Britt-Marie, Andershed Birgitta, Sahlberg-Blom Eva Örebro Universitet, Ersta Sköndal Högskola, Karolinska Institutet, Stockholms Sjukhem Anna Milberg F2 Vad är en "trygg bas" i dödens närhet? Studie med anknytningsteoretisk referensram av vuxna patienters respektive närståendes erfarenheter av palliativ hemsjukvård. Milberg Anna, Wåhlberg Rakel, Jakobsson Maria, Olsson Eva-Carin, Olsson Maria, Friedrichsen Maria Linköpings universitet, Vrinnevisjukhuset Norrköping, Lasarettet i Oskarshamn Kerstin Åkerlund F10 Samtalsgrupper för närstående till patienter med sjukdomen ALS - erfarenheter och resultat. Åkerlund Kerstin, Klamann Margareta, Olsson Mariann Karolinska Universitetssjukhuset Magdalena Andersson F11 Att vara en hängiven medresenär under resan mot det ofrånkomliga slutet. Andersson Magdalena, Ekwall Anna, Rahm Hallberg Ingalill, Edberg Anna-Karin Lunds universitet/Eslövs kommun, Skånes universitetssjukhus, Lunds universitet	Rum 361

13.15 14.15 II. ATT VARA NÄRSTÅENDE del 1

Rum 357

Moderator: Eva Benzein

Inger Benkel**F3** *Närståendes process till insikt att en patient är döende.*

Benkel Inger, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maria Carlsson**F4** *Betydelsen av trötthet hos närstående till patienter som vårdas på en palliative enhet.*

Carlsson Maria, Uppsala universitet

Anette Henriksson**F5** *Ett stödprogram för närstående till patienter inom palliativ vård.*Henriksson Anette, Andershed Birgitta, Benzein Eva, Ternstedt Britt-Marie
Örebro universitet, Ersta Sköndal Högskola**Inger James****F6** *Mötet mellan den informella och professionella omsorgen vid vård i livets slut.*

James Inger, Andershed Birgitta, Ternstedt Britt-Marie

Örebro universitet, Ersta Sköndal Högskola, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet

13.15 14.15 III. LINDRING AV SYMTOM

Rum 353

Moderator: Margareta Randén

Eva-Lena Andersson**F12** *Hur använder vi medicinsk onkologisk behandling till cancerpatienter i livets slutskede?*

Andersson Eva-Lena, KVH Kristianstad

Margareta Randén**F13** *Spridd cancer med okänd primärtumör- erfarenheter efter sex års arbete.*Randén Margareta, Helde Frankling Maria, Gunvén Peter
Karolinska Universitetssjukhuset**Ulla Zachrisson****F14** *Sederande behandling och sedering som biverkning vid vård i livets slut. Jämförande retrospektiva journalgenomgångar från en Palliativ avdelning vid Stockholms Sjukhem.*

Zachrisson Ulla, Fürst Carl Johan, Stockholms Sjukhem

Annette Lindblad**F15** *ASCITES – NÄR? HUR? VAR? AV VEM?*

Lindblad Annette, Skånes Onkologiska Klinik

13.15 14.15 IV. EXISTENTIELLA FRÅGOR

Rum 351

Moderator: Ingrid Bolmsjö

Lisa Sand**F16** *Upplevelser av existentiell ensamhet inför egen, annalkande död.*

Sand Lisa

Berit Seiger Cronfalk**F17** *Det är en bekräftelse på att vi finns – efterlevandes upplevelser av att få mjuk massage.*

Cronfalk Seiger Berit, Karolinska Institutet, Ersta Sköndal Högskola

Marit Karlsson

F18 Dödshjälp – en kvalitativ studie av döende cancerpatienters inställning.

Karlsson Marit

Maria Browall

F19 Vårdpersonalens uppfattningar om existentiella frågor hos patienter med cancer.

Browall Maria, Melin-Johansson Christina, Strang Susann, Danielson Ella, Henoch Ingela
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Bräcke Diakoni, Karolinska Institutet

14.15 14.30 PAUS

14.30 15.30 ETISKA DILEMMAN I VARDAGEN - KUNSKAP, TEAMARBETE, ETISK ANALYS FORDRAS I GOD PALLIATIV VÅRD. Aulan

Gunnar Eckerdal, Överläkare, palliativa teamet Kungsbacka

I DEN DJUPASTE FÖRTVIVLAN - VAR FINNS GUD?

Lars Björklund, Kaplan, Sigtunastiftelsen

14.30 15.30 V. FORSKNINGSSAMVERKAN: OPCARE9 Rum 361

Moderator: Carl Johan Fürst

Carina Lund-Hagelin

F20 OPCARE9 - Ett europeiskt samarbetsprojekt mellan forskare och kliniskt verksamma inom palliativ vård.

Fürst Carl Johan, Lindqvist Olav, Lundquist Gunilla, Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit,
Sauter Sylvia, Tishelman Carol

Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet, AHS-Viool, Skellefteå, Umeå Universitet

Birgit Rasmussen

F21 Icke-farmakologiska vårdaktiviteter - En internationell inventering av vad vårdpersonalen gör under de sista dagarna av en patients liv.

Lindqvist Olav, Tishelman Carol, Lundquist Gunilla, Sauter Sylvia, Fürst Carl Johan,
Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit

Stockholms Sjukhem, Karolinska Inst, Umeå univ, Landstinget Dalarna, Sophiahemmet

Olav Lindqvist

F22 Utveckling av ett basalt läkemedelskit för de sista dagarna i livet ur ett europeiskt perspektiv - Vilka läkemedel bör finnas tillgängligt oberoende av var personen vårdas.

Lindqvist Olav, Tishelman Carol, Lundquist Gunilla, Sauter Sylvia, Fürst Carl Johan,
Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit

Stockholms Sjukhem, Karolinska Inst, Umeå univ, Landstinget Dalarna, Sophiahemmet

Samt Sylvia Sauter och Carol Tishelman

14.30 15.30 VI. ATT FÖRBÄTTRA VÅRDEN I LIVETS SLUT FÖR DE ÄLDRE Rum 357

Moderator: Jane Österlind

Jane Österlind

F23 Som en främling i en okänd kultur – äldre personers erfarenheter av livets slutskede på vård- och omsorgsboende.

Österlind Jane, Ersta Sköndal högskola

Berit Ålstig

F24 Palliativ omvårdnadsutbildning för hemtjänsten.

Ålstig Berit, Nordgren Helena, Jälmsbrant Jonas

Mellanbygdens hälsocentral, Västerbottens län

Eva Åstradsson

F25 *Utvärdering av "Basutbildning i palliativ vård i livets slutskede"*
– kan en halv dag göra skillnad?

Åstradsson Eva , Palliativt kompetenscentrum i Östergötland

14.30 15.30 VII. SPECIALISERAD PALLIATIV HEMSJUKVÅRD NU OCH I FRAMTIDEN Rum 353

Diskussion under ledning av Maria Jakobsson och Monica Nilsson, NRPV

14.30 15.30 VIII. ETIK OCH HOPP Rum 351

Moderator: Daniel Brattgård

Louise Olsson

F28 *Strategies for maintaining hope close to death: an interview study of patients in palliative home care.*

Olsson Louise, Campus Norrköping, Linköping University

Eva Erichsen

F29 *Sjuksköterskors upplevelser av ärlighet i palliativ vård*

Erichsen Eva, Hadd Danielsson Elisabeth, Friedrichsen Maria

Linköpings universitet, campus Norrköping, Vrinnevisjukhuset Norrköping

Daniel Brattgård

F37 *Existentiell och andlig smärta vid livets slut*

Brattgård Daniel, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

15.30 16.15 KAFFE/POSTER

16.15 17.30 PANELDEBATT DÖDSHJÄLPSDEBATTEN OCH DEN PALLIATIVA VÅRDEN Aulan

Moderatorer: Carl Johan Fürst, Britt-Marie Ternestedt

Deltagare: Barbro Beck-Friis, Daniel Brattgård, Anette Henriksson,
Marit Karlsson, Nils Lynöe, Barbro Westerholm

17.30 18.30 MINGEL

1:a Nationella Konferensen i Palliativ vård

Dag 2 – Tisdag den 13 april 2010

09.00	09.40	DEN PALLIATIVA VÅRDENS UTVECKLING OCH UTMANINGAR Britt-Marie Ternestedt, Professor, Ersta Sköndal Högskola, Peter Strang, Professor, Karolinska Institutet, Överläkare, Stockholms Sjukhem	Aulan
09.40	10.00	PALLIATIV VÅRD I SVERIGE – EN ÖVERSIKT Carl Johan Fürst, Ordförande Nationella Rådet för Palliativ Vård	
10.00	10.20	PALLIATIV VÅRD I FRAMTIDEN – EN SPANING Georg Engel, Verksamhetschef, med. dr. Hospicekliniken Ersta Sjukhus	
10.20	11.00	KAFFE/POSTER	
11.00	11.25	GER UTBILDNING DEN KOMPETENS SOM KRÄVS? Joakim Öhlen, Leg sjuksköterska, professor Sahlgrenska akademien Staffan Lundström, Med dr, överläkare Stockholms Sjukhem	Aulan
11.25	12.00	KVALITET - HUR MÄTER MAN DEN? Eva Thorén Todoulos, Verksamhetschef Stockholms Sjukhem	
12.00	13.00	LUNCH	
13.00	13.40	DÖDEN PÅ NÄTET - SOCIALA MEDIER I PALLIATIV VÅRD Sara Natt och Dag, Kurator, Stockholms Sjukhem	Aulan

13.00	13.40	IX. DEN PALLIATIVA VÅRDENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH KULTUR	Rum 361
--------------	--------------	---	----------------

Moderator: Christina Ridderbäck

Lise-Lott Dwyer

F58 Världighet på äldreboende.

Dwyer Lise-Lotte, Ersta Sköndal högskola

Marie-Louise Ekeström

F64 "Liverpool Care Pathway (LPC) Vägledning för vård av döende.

Marie-Louise Ekeström, Stockholms Sjukhem

Christina Ridderbäck

F60 Kvalitet i livets slutskede - palliativ vård för äldre på vård- och omsorgsboenden.

Riddebäck C, Askerstad B, Kuusiniemi R, Simros I, Walheim M, Windus M-J, Österlind J, Seiger Cronfalk B

SLL, ASiH Handen, ASiH Nacka, Solna Resursteam, ASiH Bylegård, Löwet Närvård, SSH, Erstadiaconi, FOU Äldre Norr

13.00	13.40	X. PALLIATIVREGISTRET	Rum 357
--------------	--------------	------------------------------	----------------

Moderator: Bertil Axelsson

Marjatta Ahlsén

F30 Täckningsgrad för inrapporterade dödsfall i Svenska palliativregistret – skillnader mellan olika vårdenhetstyper.

Ahlsén Marjatta, Axelsson Bertil, Börjesson Susanne, Eriksson Monica, Fransson Greger, Fürst Carl Johan, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Mindemark Ingela, Olsson Maria

Styrgruppen för Svenska Palliativregistret

Lisa Martinsson

F31 Validering av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät.

Martinsson Lisa, Fransson Greger, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Fürst Carl Johan, Axelsson Bertil

Umeå universitet, Universitetssjukhuset i Linköping, Svenska palliativregistret, Stockholms Sjukhem, Storsjögläntan

Alireza Gholiha

F32 Bristande journaldokumentation gällande vård i livets slutskede.

Gholiha Alireza, Fransson Greger, Fürst Carl Johan, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Axelsson Bertil

13.00 13.40 XI. PERSONALENS SITUATION Rum 353

Moderator: Inga-Lill Källström Karlsson

Elisabeth Bergdahl

F33 Utveckling av sjuksköterskors förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas till döende människor.

Bergdahl Elisabeth, Ersta Sköndal högskola

Birgitta Wallerstedt

F57 Att dela livet och döendet - en balansakt mellan utsatthet och trygghet. Undersköterskors upplevelser av att arbeta som vak hos döende personer.

Wallerstedt Birgitta, Andershed Birgitta, Benzein Eva

Örebro universitet, Ersta Sköndal högskola, Linnéuniversitetet

13.00 13.40 XII. UTVECKLINGS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE Rum 351

Moderator: Maria Jakobsson

Kristina Fredriksson

F34 Kvalitetssäkring av samtalsformer inom avancerad palliativ vård.

Fredriksson Kristina, Skinner Richard, Bergström Ann-Marie, Håkansson Nicolaj, Kvalificerad vård i hemmet Hässleholm-Kristianstad

Gunhild Hultberg

F35 Omhändertagande av avliden patient.

Hultberg Gunhild, Karlsson Maria, Klockare Ewa

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Susanne Dufva

F36 Onkologisk sårsmottagning för patienter med maligna tumörsår.

Dufva Susanne, Granhäll Olsson Kerstin

Karolinska Universitetssjukhuset

13.40 14.00 PAUS

14.00 14.55 17 STARKA OPIOIDER PÅ MARKNADEN, VILKEN SJUTTON SKA JAG VÄLJA? Aulan

Staffan Lundström, Med dr, överläkare Stockholms Sjukhem

TRÖST

Astrid Norberg, professor emerita

14.00	14.55	XIII. PALLIATIV VÅRD FÖR BARN OCH UNGA	Rum 361
<p>Moderator: Georg Engel</p> <p>Diskussion inför öppnande av Ersta Barnhospice</p>			
14.00	14.55	XIV. ATT VARA NÄRSTÅENDE DEL 2	Rum 357
<p>Moderator: Birgitta Andershed</p> <p>Susanne Lind F7 NÄR ETT VUXET BARN FÅR CANCER OCH DÖR, <i>Seniora mammors upplevelse av sitt vuxna barns cancersjukdom och död.</i> Lind Susanne, Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland, Karolinska Universitetssjukhuset</p> <p>Ingbritt Borstrand F8 Att bli bemött med respekt och lyhördhet i kontakten med det palliativa hemsjukvårdsteamet. Borstrand Ingbritt, Hult Anders Palliativa Teamet, Västra Göteborg</p> <p>Tove Bylund Grenklo F9 Att inte kunna lita på att döende föräldrar fått bästa möjliga vård. <i>Avsaknad av tillit till sjukvården av döende föräldrar och psykisk ohälsa hos efterlevande tonårsdöttrar.</i> Grenklo Bylund Tove, Kreicbergs Ulrika, Steineck Gunnar, Valdimarsdóttir Unnur, Fürst Carl Johan Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet</p>			
14.00	14.55	XV. VÅRDPLANERINGSMETOD OCH NUTRITIONSVÅRDPROGRAM	Rum 353
<p>Moderator: Ylva Orrevall</p> <p>Ulla Molander F62 Olika mål för fortsatt vård – en metod att finna en fungerande lösning för patient och närstående. Molander Ulla, Benkel Inger, Klockare Ewa, Westman Anne-Marie Sahlgrenska Universitetssjukhuset</p> <p>Lena Söderberg F63 Lokalt vårdprogram. Nutrition i palliativ vård. Söderberg Lena, Hedlund Åsa, Persson Margareta Ersta Hospice/ASIH.</p>			
14.00	14.55	XVI. BLODTRANSFUSIONER I PALLIATIV VÅRD – HUR OCH VARFÖR?	Rum 351
<p>Moderator: Carl Johan Fürst</p> <p>Margareta Gustavsson F44 Transfusion av erytrocytkoncentrat till patienter med palliativt vårdbehov i ordinärt och särskilt boende. En retrospektiv studie i Värnamo sjukvårdsområde. Margareta Gustavsson, Värnamo Sjukhus</p> <p>Kerstin Unnerstedt F61 Blir patienterna symptomlindrade av blodtransfusioner? En utvärdering av 30 transfusioner i avancerad hemsjukvård. Unnerstedt Kerstin, Martinsson Ulla Akademiska sjukhuset</p>			

14.55 15.15 KAFFE/POSTER

15.15 16.00 PANELDEBATT: NÄR BLIR DEN PALLIATIVA VÅRDEN EN SJÄLVKLARHET FÖR ALLA?

Aulan

Moderatorer: Eva Thorén Todoulos, Carl Magnus Edenbrandt

Deltagare: Lars-Erik Holm, Maria Jakobsson, Birgit Rasmussen

16.00 16.15 AVSLUTNING

FÖRTECKNING ABSTRACTS

- F30** Ahlsén Marjatta, Axelsson Bertil, Börjesson Susanne, Eriksson Monica, Fransson Greger, Fürst Carl Johan, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Mindemark Ingela, Olsson Maria Sid 20
Styrgruppen för Svenska Palliativregistret
Titel: Täckningsgrad för inrapporterade dödsfall i Svenska palliativregistret – skillnader mellan olika vårdenhetstyper.
- F12** Andersson Eva-Lena Sid 20
KVH Kristianstad
Titel: Hur använder vi medicinsk onkologisk behandling till cancerpatienter i livets slutskede?
- F11** Andersson Magdalena, Ekwall Anna, Rahm Hallberg Ingalill, Edberg Anna-Karin Sid 21
Lunds universitet/Eslövs kommun, Skånes universitetssjukhus, Lunds universitet
Titel: Att vara en hängiven medresenär under resan mot det ofrånkomliga slutet.
- F3** Benkel Inger Sid 21
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Titel: Närståendes process till insikt att en patient är döende.
- F33** Bergdahl Elisabeth Sid 22
Ersta Sköndal högskola
Titel: Utveckling av sjuksköterskors förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas till döende människor.
- F8** Borstrand Ingbritt, Hult Anders Sid 22
Palliativa Teamet, Västra Göteborg
Titel: Att bli bemött med respekt och lyhördhet i kontakten med det palliativa emsjukvårdsteamet.
- F37** Brattgård Daniel Sid 23
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Titel: Existentiell och andlig smärta vid livets slut.
- F19** Browall Maria, Melin-Johansson Christina, Strang Susann, Danielson Ella, Henocho Ingela Sid 23
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Bräcke Diakoni, Karolinska Institutet
Titel: Vårdpersonalens uppfattningar om existentiella frågor hos patienter med cancer.
- F4** Carlsson Maria Sid 24
Uppsala universitet
Titel: Betydelsen av trötthet hos närstående till patienter som vårdas på en palliative enhet.
- F17** Cronfalk Seiger Berit Sid 24
Karolinska Institutet, Ersta Sköndal Högskola
Titel: Det är en bekräftelse på att vi finns – efterlevandets upplevelser av att få mjuk massage.
- F36** Dufva Susanne, Granhäll Olsson Kerstin Sid 25
Karolinska Universitetssjukhuset
Titel: Onkologisk sårbehandling för patienter med maligna tumörsår.
- F58** Dwyer Lise-Lotte Sid 25
Ersta Sköndal högskola
Titel: Vårdighet på äldreboende.

- F1 Ek Kristina, Ternestedt Britt-Marie, Andershed Birgitta, Sahlberg-Blom Eva** Sid 26
Örebro Universitet, Ersta Sköndal Högskola, Karolinska Institutet, Stockholms Sjukhem
- Titel: Sträva för att behålla livsutrymmet: berättelser om att leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom och vara ensamboende.
- F64 Ekeström Marie-Louise, Windus Mary-Jane, Fürst Carl Johan** Sid 26
Titel: Liverpool Care Pathway – Vägledning för vård av döende.
- F29 Erichsén Eva, Hadd Danielsson Elisabeth, Friedrichsen Maria** Sid 27
Linköpings universitet, campus Norrköping, Vrinnevisjukhuset Norrköping
- Titel: Sjuksköterskors upplevelser av ärlighet i palliativ vård.
- F34 Fredriksson Kristina, Skinner Richard, Bergström Ann-Marie, Håkansson Nicolaj,** Sid 27
Kvalificerad vård i hemmet Hässleholm-Kristianstad
- Titel: Kvalitetssäkring av samtalsformer inom avancerad palliativ vård.
- F20 Fürst Carl Johan, Lindqvist Olav, Lundquist Gunilla, Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit, Sauter Sylvia, Tishelman Carol** Sid 28
Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet, AHS-Viool, Skellefteå, Umeå Universitet
- Titel: OPCARE9 - Ett europeiskt samarbetsprojekt mellan forskare och kliniskt verksamma inom palliativ vård.
- F32 Gholiha Alireza, Fransson Greger, Fürst Carl Johan, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Axelsson Bertil** Sid 28
Titel: Bristande journaldokumentation gällande vård i livets slutskede.
- F9 Grenklo Bylund Tove, Kreichbergs Ulrika, Steineck Gunnar, Valdimarsdóttir Unnur, Fürst Carl Johan** Sid 29
Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet
- Titel: Att inte kunna lita på att döende föräldrar fått bästa möjliga vård. Avsaknad av tillit till sjukvården av döende föräldrar och psykisk ohälsa hos efterlevande tonårsdöttrar.
- F44 Gustavsson Margareta** Sid 29
Värnamo Sjukhus
- Titel: Transfusion av erytrocytkoncentrat till patienter med palliativt vårdbehov i ordinärt och särskilt boende. En retrospektiv studie i Värnamo sjukvårdsområde.
- F5 Henriksson Anette, Andershed Birgitta, Benzein Eva, Ternestedt Britt-Marie** Sid 30
Örebro universitet, Ersta Sköndal Högskola
- Titel: Ett stödprogram för närstående till patienter inom palliativ vård.
- F35 Hultberg Gunhild, Karlsson Maria, Klockare Ewa** Sid 30
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Titel: Omhändertagande av avliden patient.
- F6 James Inger, Andershed Birgitta, Ternestedt Britt-Marie** Sid 31
Örebro universitet, Ersta Sköndal Högskola, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet
- Titel: Mötet mellan den informella och professionella omsorgen vid vård i livets slut.
- F18 Karlsson Marit** Sid 31
Titel: Dödshjälp – en kvalitativ studie av döende cancerpatienters inställning.
- F65 Källström Karlsson Inga-Lill** Sid 32
Titel: Att vårda i dödens närhet.

- F7 Lind Susanne** Sid 32
 Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland, Karolinska Universitetssjukhuset
 Titel: NÄR ETT VUXET BARN FÅR CANCER OCH DÖR, Seniora mammors upplevelse av sitt vuxna barns cancersjukdom och död
- F15 Lindblad Annette** Sid 33
 Skånes Onkologiska Klinik
 Titel: ASCITES – NÄR? HUR? VAR? AV VEM?
- F21 Lindqvist Olav, Tishelman Carol, Lundquist Gunilla, Sauter Sylvia, Fürst Carl Johan, Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit** Sid 33
 Stockholms Sjukhem, Karolinska Inst, Umeå univ, Landstinget Dalarna, Sophiahemmet
 Titel: Icke-farmakologiska vårdaktiviteter - En internationell inventering av vad vårdpersonalen gör under de sista dagarna av en patients liv.
- F22 Lindqvist Olav, Tishelman Carol, Lundquist Gunilla, Sauter Sylvia, Fürst Carl Johan, Lundh Hagelin Carina, Rasmussen Birgit** Sid 34
 Stockholms Sjukhem, Karolinska Inst, Umeå univ, Landstinget Dalarna, Sophiahemmet
 Titel: Utveckling av ett basalt läkemedelskit för de sista dagarna i livet ur ett europeiskt perspektiv – Vilka läkemedel bör finnas tillgängligt oberoende av var personen vårdas
- F31 Martinsson Lisa, Fransson Greger, Heedman Per-Anders, Lundström Staffan, Fürst Carl Johan, Axelsson Bertil** Sid 34
 Umeå universitet, Universitetssjukhuset i Linköping, Svenska palliativregistret, S tockholms sjukhem, Storsjögläntan
 Titel: Validering av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät.
- F2 Milberg Anna, Wählberg Rakel, Jakobsson Maria, Olsson Eva-Carin, Olsson Maria, Friedrichsen Maria** Sid 35
 Linköpings universitet, Vrinnevisjukhuset Norrköping, Lasarettet i Oskarshamn
 Titel: Vad är en "trygg bas" i dödens närhet? Studie med anknytningsteoretisk referensram av vuxna patienters respektive närståendes erfarenheter av palliativ hemsjukvård.
- F62 Molander Ulla, Benkel Inger, Klockare Ewa, Westman Anne-Marie** Sid 35
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset
 Titel: Olika mål för fortsatt vård – en metod att finna en fungerande lösning för patient och närstående.
- F28 Olsson Louise** Sid 36
 Campus Norrköping, Linköping University
 Titel: Strategies for maintaining hope close to death: an interview study of patients in palliative home care.
- F13 Randén Margareta, Helde Frankling Maria, Gunvén Peter** Sid 36
 Karolinska Universitetssjukhuset
 Titel: Spridd cancer med okänd primärtumör- erfarenheter efter sex års arbete.
- F60 Riddebäck C, Askerstad B, Kuusiniemi R, Simros I, Walheim M, Windus M-J, Österlind J, Seiger Cronfalk B** Sid 37
 SLL, ASiH Handen, ASiH Nacka, Solna Resursteam, ASiH Bylegård, Löwet Närvård, SSH, Erstadiakoni, FOU Äldre Norr
 Titel: Kvalitet i livets slutskede - palliativ vård för äldre på vård- och omsorgsboenden.
- F16 Sand Lisa** Sid 37
 Titel: Upplevelser av existentiell ensamhet inför egen, annalkande död.

- F63 Söderberg Lena, Hedlund Åsa, Persson Margareta** Sid 38
Ersta Hospice/ASIH.
Titel: Lokalt vårdprogram. Nutrition i palliativ vård.
- F61 Unnerstedt Kerstin, Martinsson Ulla** Sid 38
Akademiska sjukhuset
Titel: Blir patienterna symptomlindrade av blodtransfusioner? En utvärdering av 30 transfusioner i avancerad hemsjukvård.
- F57 Wallerstedt Birgitta, Andershed Birgitta, Benzein Eva** Sid 39
Örebro universitet, Ersta Sköndal högskola, Linnéuniversitetet
Titel: Att dela livet och döendet - en balansakt mellan utsatthet och trygghet. Undersköterskors upplevelser av att arbeta som vak hos döende personer.
- F26 Wijk H, Grimby A** Sid 39
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Titel: Antecipatorisk sorg hos närstående till personer med demenssjukdom.
- F14 Zachrisson Ulla, Fürst Carl Johan** Sid 40
Stockholms Sjukhem
Titel: Sederande behandling och sedering som biverkning vid vård i livets slut. Jämförande retrospektiva journalgenomgångar från en Palliativ avdelning vid Stockholms Sjukhem.
- F10 Åkerlund Kerstin, Klaman Margareta, Olsson Mariann** Sid 40
Karolinska Universitetssjukhuset
Titel: Samtalsgrupper för närstående till patienter med sjukdomen ALS - erfarenheter och resultat.
- F24 Ålstig Berit, Nordgren Helena, Jälmlund Jonas** Sid 41
Mellanbygdens hälsocentral, Västerbottens län
Titel: Palliativ omvårdnadsutbildning för hemtjänsten.
- F25 Åstradsson Eva** Sid 41
Palliativt kompetenscentrum i Östergötland
Titel: Utvärdering av "Basutbildning i palliativ vård i livets slutskede" – kan en halv dag göra skillnad?
- F23 Österlind Jane** Sid 42
Ersta Sköndal högskola
Titel: Som en främling i en okänd kultur – äldre personers erfarenheter av livets slutskede på vård- och omsorgsboende.
- P38 Benkel Inger, Hultberg Gunhild, Karlsson Maria, Klockare Ewa, Molander Ulla, Samuelsson Elsy** Sid 43
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Titel: PLANERINGSSAMTALET – grunden för en individuell planering.
- P39 Bladfält Anita** Sid 43
Mora/Orsa.
Titel: Terminal sedering som omvårdnadsåtgärd i livets slutskede.
- P40 Brian Matthias** Sid 44
Mellannorrlands Hospice AB, Sundsvall
Titel: Mellannorrlands Hospice, en nystartad specialiserad palliativ slutenvårdsenhet.

- P41 Grenklo Bylund Tove, Kreicbergs Ulrika, Steineck Gunnar, Valdimarsdóttir Unnur, Fürst Carl Johan** Sid 44
Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet
Titel: Talade du och din döende förälder om det som var viktigt? Skuld känslor hos efterlevande tonårsdöttrar.
- P42 Eriksson Ingegerd, Karlsson Malin, Fritzson Marie** Sid 45
Borås Stad, ReKo/förbättringsteamet, Svenska kyrkan
Titel: Nätverkssamverkan för palliativ vård.
- P43 Eriksson Inger** Sid 45
Sjukhuskyrkan Lund
Titel: Poesiläsning som meningsskapare - En studie om poesigrupper på sjukhem och hospice.
- P45 Jedeward Marie** Sid 46
Roslagens ASIH
Titel: Kan införandet av återkommande Nortonbedömningar minska utvecklingen av trycksår?
- P46 Koopmans Jet** Sid 46
Uppsala
Titel: Utvärdering av efterlevandestödet som ges av palliativa enheterna inom palliativt kompetenscentrum Uppsala.
- P54 Kreicbergs Ulrika** Sid 47
Karolinska Institutet, Inst. för Kvinnor & barns hälsa
Titel: Nationellt Nätverk för Pediatrisk Palliativ Vård .
- P47 Lundström Staffan** Sid 47
Stockholms Sjukhem
Titel: Går det att använda mobiltelefoner för symtomskattning i palliativ vård? Resultat från en reliabilitetsstudie på patienter med avancerad cancersjukdom.
- P48 Lundström Staffan, Gyllenhammar Eva, Martinsson Ulla, Strang Peter** Sid 48
Stockholms Sjukhem, Karolinska institutet, Österåkers ASIH, Akademiska sjukhuset
Titel: Den typiske patienten med prostatacancer i palliativ vård – hur ser han ut?
- P49 Lövgren Malin, Hamberg Katarina, Tishelman Carol** Sid 48
Högskola Dalarna, Umeå univ, Karolinska Institutet
Titel: Tid i sjukdom och vård: En studie om hur patienter med lungcancer upplever tid.
- P50 Melin-Johansson Christina, Högsnäs Linda** Sid 49
Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet
Titel: Dokumentation vid vård av patienter med demenssjukdom i palliativt skede på särskilda boenden – en retrospektiv studie.
- P56 Thoren Todoulos Eva, Edenbrandt Carl-Magnus** Sid 49
Svensk Förening för Palliativ Medicin
Titel: Palliativ specialistutbildning - grunden för palliativ medicin som tilläggspecialitet.
- P51 Wahlström Norlin Maria** Sid 50
Palliativa enheten, ASIH, Capio Geriatrik Stockholm
Titel: Omfamna livet – Uttryckande konstterapi inom palliativ vård.

- P52 Wijk H, Grimby A** **Sid 50**
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Titel: Antecipatorisk sorg. Den föregripande sorgen före förlusten är tung att bära.
- P59 Windus Mary-Jane, Ekeström Marie-Louise, Leveälähti Helena Fürst Carl Johan** **Sid 51**
Stockholms Sjukhem
Titel: Att införa Liverpool Care Pathway (LCP) på särskilda boenden (SÄBO) i Stockholm.
- P53 Ångman Birgitta, Martin Eva** **Sid 51**
Ersta hospice
Titel: Mjukmassage - taktil beröring.
- P55 Ångström Henrik** **Sid 52**
Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Titel: D-dimer eller ej? Venös tromboembolism vid tumörsjukdom med tonvikt på D-dimer.

F30 Täckningsgrad för inrapporterade dödsfall i Svenska palliativregistret – skillnader mellan olika vårdenhetstyper.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Marjatta Ahlsén, Bertil Axelsson, Susanne Börjesson, Monica Eriksson, Greger Fransson, Carl Johan Fürst, Per-Anders Heedman, Staffan Lundström, Ingela Mindemark, Maria Olsson

(Styrgruppen för Svenska Palliativregistret)

BAKGRUND:

Svenska palliativregistret fokuserar på vårdinnehållet under den sista veckan i livet oavsett diagnos eller typ av vårdenhet. För att vården i livets slutskede ska vara optimal krävs att vissa förutsättningar är uppfyllda vad gäller bl a information till den sjuka och närstående, vidbehovsordinationer, fungerande symtomlindring, önskemål om vårdplats och närvarande personer samt stöd till närstående. Registrering av dödsfall i Svenska Palliativregistret är en av tio angivna kvalitetsindikatorer för god cancervård som lyfts fram i Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer" april 2007. För att kunna uttala sig om kvaliteten inom palliativ vård i livets slutskede i Sverige krävs att merparten av avdelningar/enheter som vårdar obotligt sjuka och döende är anslutna till registret och aktivt registrerar sina dödsfall. Under tidigare år har olika vårdenhetstyper skiljts sig markant från varandra vad gäller täckningsgraden. Vi ville nu närmare analysera resultaten från 2009 ur denna aspekt.

METOD:

Efter tillstånd från etikprövningsnämnden i Linköping samkörs nu data från palliativregistret med befolkningsregistret och patientregistret. Syftet är att få fram antalet dödsfall per kommun respektive per sjukhus under 2009 (= nämnare). Utifrån inkomna registreringar i Svenska Palliativregistret från olika kommuner och sjukhus (=täljare) kan vi sedan beräkna täckningsgraden per kommun och per sjukhus. Genom att antalet inkomna registreringar från specialiserade palliativa enheter (hemsjukvårdsteam, hospice, slutenvårdsplatser) varit tämligen oförändrade senaste åren kan vi anta att vi uppnått en mättnad, dvs att cirka 90 % av dödsfallen från dessa enheter registreras. Utifrån detta kan vi beräkna täckningsgraden även för kommunala vårdformer (särskilda boenden + korttidsboende).

RESULTAT:

Under 2009 var antalet registreringar cirka 20 000. Analysen av data kommer att ske under februari och början av mars. Tidigare år har täckningsgraden varit hög för specialiserade palliativa enheter, måttlig för kommunala enheter och låg för sjukhus.

DISKUSSION:

Andelen som lever sina sista dagar med stöd från specialiserade palliativa enheter är liten. Troligen finns det stora palliativa behov bland de som vårdas i livets slutskede på sjukhus och kommunala vårdformer. För att ett systematiskt förbättringsarbete ska kunna komma till stånd vad gäller vården i livets slutskede, krävs att berörda vårdenheter är medvetna om vilket vårdinnehåll de faktiskt erbjuder sina patienter/vårdtagare idag. Enklast görs det genom regelbunden registrering i Svenska Palliativregistret. Att ta fram strategier för att påtagligt öka täckningsgraden inom sjukhus och kommunala vårdformer är Svenska Palliativregistrets största utmaning under de närmaste åren.

F12 Hur använder vi medicinsk onkologisk behandling till cancerpatienter i livets slutskede?

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Eva-Lena Andersson KVH Kristianstad

BAKGRUND:

Utökade terapeutiska behandlingsmöjligheter för cancerpatienter har inneburit att även patienter i palliativt sjukdomsskede behandlas i allt större omfattning. Studiens syfte är att beskriva användningen av medicinsk onkologisk behandling till cancerpatienter de sista 6 månaderna före döden.

METOD:

En retrospektiv kohortstudie av patienter med generaliserad cancersjukdom som var i kontakt med onkologiska kliniken i Lund under 2006.

RESULTAT:

Av 173 cancerpatienter fick 64 % medicinsk onkologisk behandling någon gång de sista 6 månaderna. Andelen patienter som fick behandling de sista 6 månaderna var 46 %, sista 3 månaderna 45 %, sista månaden 21 % samt sista 14 dagarna 8 %. Behandlingsfrekvensen avtog med stigande ålder. Det fanns fler tumörtyper med måttlig och hög behandlingskänslighet för onkologisk behandling i behandlingsgruppen men vid 1 månad före döden föreföll behandlingskänsligheten inte vara av betydelse. Sista behandlingsregimen påbörjades i genomsnitt 4 månader före döden och sista behandlingsdagen var i genomsnitt 2 månader före döden. 94 patienter behandlades på behandlingsavdelning de sista 6 månaderna och behandlades i medeltal 7 dagar. 17 patienter behövde inläggande sjukhusvård pga. behandlingsbiverkningar och vårdades i medeltal 14 dagar. Patienterna som avled på onkologiska kliniken behandlades i större omfattning och längre jämfört med dem som avled på palliativ enhet.

DISKUSSION:

Medicinsk onkologisk behandling används ofta i livets slutskede. Behandlingsfrekvensen avtar brant de sista 3 månaderna och med stigande ålder. Hög ålder och cancersjukdom med en låg behandlingskänslighet förefaller vara faktorer som påverkar beslutet att avstå från behandling. Vid påbörjad behandling tycks ingen av dessa faktorer inverka på hur nära döden behandling ges.

Patienterna i studien tillbringade förhållandevis få Av 173 cancerpatienter fick 64 % medicinsk onkologisk behandling någon gång de sista 6 månaderna. Andelen patienter som fick behandling de sista 6 månaderna var 46 %, sista 3 månaderna 45 %, sista månaden 21 % samt sista 14 dagarna 8 %. Behandlingsfrekvensen avtog med stigande ålder. dagar på behandlingsavdelning och en bidragande orsak kan vara att en del patienter i palliativt sjukdomsskede får peroral behandling. Medicinsk onkologisk behandling kan ge så allvarliga biverkningar att patienter behöver inläggande sjukhusvård och några patienter avlider sannolikt på grund av behandlingen.

F11 ”Att vara en hängiven medresenär under resan mot det ofrånkomliga slutet”

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Magdalena Andersson, Vårdalinstitutet, Lunds universitet/Eslövs kommun

Anna K Ekwall, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Ingalill Rahm Hallberg, Vårdalinstitutet, Lunds universitet

Anna-Karin Edberg, Vårdalinstitutet, Lunds universitet

BAKGRUND:

Att vara närstående till en äldre svårt sjuk person är en påfrestande och utsatt situation bl.a. på grund av den överhängande förlusten av en nära. Förutom den känslomässiga påfrestande tar dessutom vissa närstående en stor aktiv del i omvårdnaden av den äldre. Oavsett om närstående tar aktiv del i omvårdnaden eller inte har de ofta ett omfattande engagemang under äldre personers sista tid i livet. Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av att vara närstående till en äldre svårt sjuk person som är i den sista perioden i livet.

METOD:

Studien baseras på kvalitativa intervjuer med 17 närstående till äldre (75 år eller äldre) som hade haft kommunal vård och omsorg och som nyligen hade avlidit. Intervjuerna genomfördes efter dödsfallet. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT:

Upplevelsen framstod som att vara ”Att vara en hängiven medresenär under resan mot det ofrånkomliga slutet” och omfattande kategorierna: Att leva i skuggan av döden, Att vara fokuserad på den döende personens behov och anpassa sin vardag, Att känna sig huvudansvarig, Kampen med hälso- och sjukvårdssystemet, Att få kraft genom stöd från andra.

DISKUSSION:

Att vara närstående till en äldre person vid livets slut innebär att vara en medresenär mot det ofrånkomliga slutet vilket bl.a. betyder att de går in i rollen och ta huvudansvar. Studien visar att det är viktigt att ha tillgång till professionella vårdgivare då närstående behöver det, för att komplettera och stödja närstående när deras egna krafter avtar. Stödet inkluderar att vara involverad och delaktig i vården av de äldre för att kunna bidra till att uppnå den äldres önsknings under denna period.

F3 Närståendes process till insikt att en patient är döende

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Inger Benkel, kurator/auktorisera socionom Fil mag socialt arbete, Doktorand vid Medicinsk Vetenskap, Sahlgrenska Akademien, Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Helle Wijk, leg. Sjuksköterska, docent, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Ulla Molander, docent, Institutionen för medicin vid Sahlgrenska Akademien, Avd. för samhällsmedicin och folkhälsa, Område geriatrik. Vårdenhetsöverläkare, Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

BAKGRUND:

När en patient har en livshotande sjukdom och närmar sig döden kan det vara svårt att se om de närstående verkligen förstår vad som håller på att hända. Både under sjukdomstiden och när döden snart är en realitet använder de närstående sig av olika strategier för att hantera situationen vardagen. Studien utvärderar om, hur och med vilka strategier närstående försöker förstå att döden kommer att inträffa inom en inte alltför lång framtid.

METOD:

Djupintervjuer med närstående till patienter som avlidit på onkologen och urologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ett år efter dödsfallet. Studien använde en kvalitativ metod och analyserades med en innehållsanalys för att finna meningsbärande enheter, kategorier och teman. 20 närstående har intervjuats. Studien är godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg.

RESULTAT:

Resultatet visade att de närstående använde sig av strategier för att hantera mötet med den döende patienten och för att förbereda att döden kommer. Resultatet visar olika strategier de närstående, enskilt och tillsammans med det egna nätverket använder sig av. Strategierna kan kategoriseras; Tänka att döden kommer någon gång i framtiden, Hopp om en förbättring, Leva i nuet och Använda sig av familje- och nätverksmönster. Resultatet visade att både patienten och de närstående såväl som sjukvårdspersonalen använder sig av symboler i stället för konkreta ord används när sjukdomens fortskridande beskrivs men även för döden som fenomen.

DISKUSSION:

De allra flesta närstående förstår att det är en sjukdom som kommer att leda till döden redan när diagnosen ges. De olika strategierna behövs för att tiden tillsammans med patienten och det nätverk den närstående ingår i ska kunna hantera det vardagliga livet och ge insikt i att patienten kommer att dö inom en snar framtid. Man slutar inte att leva även om man förbereder på att livet hos någon som står en nära håller på att ta slut.

F33 Utveckling av sjuksköterskors förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas till döende människor.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Elisabeth Bergdahl, Doktorand, Ersta Sköndal högskola, Enheten för forskning om vård i livets slutskede.

BAKGRUND:

På en avancerad hemsjukvårdsenhet ville ledningen utveckla vården och sprida kunskap om bemötande till sjuksköterskor om döende patienter och deras närstående. De tog kontakt med forskare. Det resulterade i att ett aktionsforskningsprojekt startade för att öka sjuksköterskors förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas till döende patienter och deras närstående. Samtliga 24 sjuksköterskor på enheten fick inbjudan att delta, åtta valde att medverka.

METOD:

Aktionsforskning valdes som metod och förhållningssätt för att både bidra till att främja bemötande och fånga kunskap i processen.aktionen som inleddes utgjordes av omvårdnadshandledning som strukturerades utifrån tre begrepp, förmågan att vara perceptiv, kunskap och viljan att göra gott. Under hela processen analyserade sjuksköterskorna i grupp självupplevda berättelser om situationer som varit svåra i mötet med patienter och närstående, med hjälp av begreppen i omvårdnadshandledningen. Tre olika datainsamlingar genomfördes fältanteckningar, frågeformulär och en utvärderande gruppintervju. Allt material analyserades med kvalitativ innehållsanalys i ett trianguleringsförfarande.aktionen varade i ett år och åtta månader och gruppen träffades tretton gånger.

RESULTAT:

I resultatet framkom att sjuksköterskorna kände sig stärkta och att de hade utvecklat sin förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas. Externa faktorer som exempelvis, regler i organisationen och brist på tid kunde enligt deltagarna försämra deras förmåga att skapa relationer till patienter i palliativt skede. Särskilt när patienternas individuella omvårdnadsbehov uppfattades vara större än vad organisationen planerat eller hade utrymme för. De tre begreppen i handledningen visade sig vara användbara som analysverktyg.

DISKUSSION:

Att sjuksköterskor utvecklade sina förmågor att reflektera på ett mer komplext sätt med stöd av den beskrivna aktionen är intressant eftersom det finns få studier inom omvårdnadsvetenskapen som beskriver detta. Fler studier behövs inom området. Resultatet ger vidare indikationer på att aktionsforskning kan vara en användbar metod för att undersöka användbarheten av begrepp i omvårdnadsforskning tillsammans med sjuksköterskor.

F8 Att bli bemött med respekt och lyhördhet i kontakten med det palliativa hemsjukvårdsteamet

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Ingbritt Borstrand, Anders Hult, Palliativa Teamet, Västra Göteborg

BAKGRUND:

Kontakten med närstående utgör en betydande del av det dagliga arbetet för personalen i det Palliativa hemsjukvårdsteamet. Genom att följa upp om vården givits med respekt och lyhördhet utifrån patienter och närståendes specifika behov och förväntningar kan denna uppföljning av närståendes synpunkter ses som en del av Palliativa teamets egenkontroll av verksamheten.

METOD:

Enkät skickades till närstående som haft delat boende med den avlidne under den period då de haft kontakt med Palliativa teamet. Enkäten sändes 4-6 veckor efter patienten avlidit oavsett dödsplats. 76 av 90 enkäter besvarades mellan 1/1 2008 –31/12-09. Svarsfrekvens 84 %. Åtta stycken frågor med svarsalternativ: aldrig, sällan, ofta, alltid, vet ej. På sista sidan lämnades plats för egna kommentarer.

RESULTAT:

99 % uppgav att den sjuke **alltid** fick ett respektfullt bemötande från teamet och för sin egen del svarade 97 % **alltid**. 95 % upplevde att de **alltid** kände sig trygga i kontakten med teamet. 89 % svarade att de **alltid** upplevde att hänsyn togs till den sjukes behov, 10 % svarade **ofta**. Om hänsyn togs till närståendes egna behov, svarade 81 % **alltid**, 17 % svarade **ofta**. 79 % upplevde att den sjukes förväntningar **alltid** infriades, 16 % uppgav **ofta**. Om sina egna förväntningar infriades svarade 69 % **alltid**, 30 % svarade **oftast**. 79 % uppgav att de **alltid** fick ett personligt stöd av teamet, 21 % upplevde att de **oftast** fick det. Ingen närstående hade besvarat någon fråga med aldrig eller sällan.

DISKUSSION:

Närstående var mycket trygga med det palliativa teamet och dess bemötande till den sjuke och sig själv. Närståendes egna behov tillgodosågs inte på samma sätt som till den sjuke, men trots detta var närstående ändå nöjda med stödet från teamet. Det är betydelsefullt att få fram närståendes åsikter om hur stödet kan förbättras för att minska närståendes utsatthet och sårbarhet.

F37 Existentiell och andlig smärta vid livets slut

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Daniel Brattgård, sjukhuspräst, sakkunnig etik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, sakkunnig Statens Medicinska Råd

BAKGRUND:

Vid livets slutskede har det blivit alltmer etablerat att tala om lidandets eller smärtans fyra dimensioner: fysisk, psykisk, social och existentiell/andlig smärta. Alltför sällan tar vi upp hur personal av alla kategorier kan medverka till att lindra denna fjärde dimension av smärtan i livets slutskede.

METOD:

Med en ökad medvetenhet om existentiella och religiösa frågor betydelse för såväl patienter och anhöriga som för personal av alla kategorier kan man mycket oftare än man tror medverka till att lindra den existentiell/andliga smärtan hos patienten. Oavsett tro och livsåskådning kan man med denna medvetenhet närma sig patienten och dennes anhöriga med respekt – både för deras och sin egen inställning till livet och inför döden.

RESULTAT:

Patienter och anhöriga i livets slutskede får tillfälle att uttrycka sin egen tro och livsåskådning – oavsett om den är religiös eller icke-religiös – och får hjälp med att uttrycka sina innersta tankar och känslor inför livet och döden. Detta leder till en ökad trygghet – både i tillbakablicken på det egna livet och inför mötet med döden.

DISKUSSION:

Vi lever i ett pluralistiskt och mångkulturellt samhälle, där inhemska och främmande tros- och livsåskådningar av de mest skiftande slag förekommer. I vårt land råder religionsfrihet, som både innebär en frihet från religion och en frihet till religion. En större öppenhet och lyhördhet för den existentiell/andliga dimensionen av smärtan i livets slutskede gör att personal av alla kategorier kan vara mer naturliga inför patienten och de anhöriga.

Palliativ medicin

Barbro Beck-Friis och Peter Strang Almquist & Wiksell Medicin

ISBN 91-634-13329

F19 Vårdpersonalens uppfattningar om existentiella frågor hos patienter med cancer

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Maria Browall, RN PhD 1,4 Christina Melin-Johansson, RN PhD2 Susann Strang, RN MD 3 Ella Danielson, RN PhD2,4 Ingela Henoch, RN PhD 5

Arbetsplats

1. Sahlgrenska universitetssjukhuset. Onkologen. Kliniska provningsenheten.41345.Göteborg.
2. Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet
3. Sahlgrenska Akademien, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi.
4. Sahlgrenska akademien. Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.
5. Bräcke Diakoni, forskningsenheten, Göteborg
6. Karolinska Institutet, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik, Stockholm

BAKGRUND:

Att leva med cancer kan vara liktydigt med att leva i dödens närhet och frågor som berör den existentiella dimensionen kan aktualiseras. För patienter i palliativt skede blir de existentiella frågorna ännu viktigare när de påminns om döden genom förekomsten av svåra symptom och mer frekventa komplikationer. Dessa patienter kan uppleva behov av existentiell stöd även om det visat sig i tidigare studier att personalen inte alltid har strategier att bemöta patienternas existentiella frågor. Syftet med denna studie var att undersöka vårdpersonalens uppfattningar om vilka existentiella frågor som är viktiga för patienten med cancer och personalens ansvar att bemöta de frågor som patienten aktualiserar.

METOD:

Fyra fokusgrupper (n= 23) genomfördes med vårdpersonal på ett hospice, en onkologisk avdelning, en kirurgisk avdelning och ett hemsjukvårdsteam. De bandinspelade intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT:

Fyra kategorier och elva subkategorier framkom: 1) "Livet och döden" grundade sig på livsglädje och tankar kring döendet. 2) "Mening" innefattade acceptans, omvärdering, hopp och tro. 3) "Val och frihet" (valfrihet) innehöll ansvar och integritet. 4) "Relationer och ensamhet" omfattade beroende och förluster.

DISKUSSION:

Vårdpersonalen ansåg att patienternas existentiella frågor för det mesta handlade om meningsfrågor såsom: "Varför jag?" och "Varför blir jag straffad?" och frågor med riktning såsom: "Vart kommer detta att leda?" Vårdpersonalen i olika vårdformer har ansvar för att bemöta dessa frågor och måste inbjuda patienterna till samtal genom att ställa frågor som: "Är du rädd?" eller "Vad oroar dig mest"? Personalen bör underlätta för varandra att finna tid, rum och möjlighet att bemöta patientens omedelbara behov av att samtala och att dela sina existentiella tankar med någon. Samtalet möjliggör att klyftan mellan patienternas behov av existentiell stöd och personalens bristande strategier att möta dem kan överbryggas.

F4 Betydelsen av trötthet hos närstående till patienter som vårdas på en palliative enhet

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Maria Carlsson, leg ssk, docent Inst. Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Samordnare Palliativt KompetensCentrum Uppsala.

BAKGRUND:

När andelen slutenvårdsplatser minskar och vårdtiderna blir kortare överförs ett större ansvar på de närstående. Detta gäller även i vården av svårt sjuka och döende cancerpatienter; där allt mer vård sker i hemmet. Närståendes insatser är många gånger en förutsättning för att vården skall fungera. De finns få studier som undersökt trötthet hos närstående till patienter som vårdas i en palliativ fas. Därför var syftet med föreliggande studien att undersöka hur trötta närstående var samt vilken betydelse tröttheten spelade för de närståendes situation.

METOD:

En pilotstudie i form av en deskriptiv tvärsnittstudie har genomförts med trötthetsformuläret MFI-20. Enkäten innehöll också några frågor om hur de närstående sov samt fyra öppna frågor om hur tröttheten påverkade den närståendes situation. Urvalet bestod av närstående till patienter som var inskrivna på palliativa enheter i Uppsala län, en specifik dag.

RESULTAT:

Studien visade att närstående var betydligt tröttare än referens data från allmänheten. Det förekom också signifikanta skillnader inom närstående gruppen. Som förväntat fanns ett samband mellan den närståendes sömn och alla dimensionerna av trötthet. Närstående ansåg att tröttheten orsakades av oro/osäkerhet, patientens sjukdom och ansvar/krav. Tröttheten ledde till en brist på motivation och hälsoproblem. De hanterade tröttheten främst genom att umgås med den närmaste familjen, motion, att vila samt naturupplevelser.

DISKUSSION:

Resultatet av pilotstudien visade att de närstående var mycket trötta samt att denna trötthet fick stora konsekvenser.

F17 Det är en bekräftelse på att vi finns – efterlevandes upplevelser av att få mjuk massage.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Berit Seiger Cronfalk, Karolinska Institutet, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm, Sverige,

BAKGRUND:

Sorg och förlust av en familjemedlem innebär både en emotionell och existentiell vändpunkt i livet. Idag erbjuds stöd till efterlevande relativt sent i sorgprocessen. Stödet består i huvudsak av grupp- eller individuella samtal, telefonkontakt och/eller brev-korrespondens. I en tidigare studie där mjuk massage erbjöds till närstående i palliativ hemsjukvård framkom en önskan om att få fortsatt massage även efter en familjemedlems död. Mot denna bakgrund genomfördes en interventionsstudie där efterlevande erbjöds mjuk massage 4-6 veckor efter dödsfall. Syfte: Att undersöka hur en tidig intervention med mjuk massage upplevdes av efterlevande till patienter som varit inskrivna i palliativ vård.

METOD:

Till studien inkluderades 18 efterlevande från en palliativ enhet. De erbjöds hand- eller fotmassage i 20-25 minuter, en gång i veckan under åtta veckor. Intervjuer genomfördes och analyserades med beskrivande och tolkande innehållsanalys. Studien föregicks av en pilotstudie.

RESULTAT:

Resultatet visar att massagen bidrog till att efterlevande i sorgen efter en familjemedlem kände sig uppmärksammade, bekräftade och inte bortglömda. Massagen genererade känslor av mänsklig närhet och värme, omtanke och omsorg, tröst och existentiellt välbefinnande som i stunden motverkade känslan av ensamhet. Den regelbundet återkommande massagestunden upplevdes bidra till att återskapa struktur och rutin i vardagen. Mjuk massage gav tid till personlig reflektion och stöd tidigt i sorgen.

DISKUSSION:

Resultaten och den tidiga interventionen borde väcka intressanta frågeställningar om hur det efterlevandestöd som idag erbjuds är optimalt beträffande tidsintervall. I studien framkom att erbjudandet om tidig massage bejakades omgående av 14 efterlevande då de själva kontaktade om deltagande i studien kort efter dödsfallet. Mjuk massage som stöd till efterlevande är en relativt enkel och tidseffektiv metod som behöver undersökas ytterligare. Ett intressant perspektiv borde vara om tidigt stöd, som mjuk massage, kan bidra med hälsoekonomiska effekter ex kortare sjukskrivning.

F36 Onkologisk sårbehandling för patienter med maligna tumörsår

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Susanne Dufva, specialistsjuksköterska inom onkologisk vård/sårsköterska, Kerstin Granhäll Olsson onkologisjuksköterska/sårsköterska, onkologiska sårbehandling, Karolinska Universitetssjukhuset.

BAKGRUND:

Enligt (Alexander, 2009) är det extremt ovanligt att maligna tumörsår läker, därför är sårbehandlingens mål till stor del symtomlindring. Vanliga symtom som ökad sekretion, smärta och risk för blödning kan inverka negativt på patientens dagliga liv och gör att patienten drar sig undan från sociala aktiviteter (Grocott, 2000). Klåda är ett besvärande symtom som indikerar förbandsbyte eller klädstillande medicinering (Alexander, 2009). Andra stigmatiserande symtom är infektion och odör, även sårens lokalisering och medföljande bandageringsproblematik påverkar självkänslan (Dowsett, 2002). Oftast är syftet med den onkologiska behandlingen att minska tumörtillväxten och i kombination med optimal sårbehandling ökar patientens livskvalitet (Adderley et Smith, 2009). Maligna tumörsår är ett problem för vårdgivare och ställer krav på formell kunskap hos dessa (Grocott & Cowley, 2001).

METOD:

Genom samarbete med klinikens enheter, närsjukvård, avancerad hemsjukvård, palliativa och geriatriska enheter och äldreomsorg i Stockholm har onkologiska sårbehandling som mål att ge alla patienter i sjukvårdsområdet med maligna tumörsår en optimal sårbehandling och omvårdnad. Varje konsultativ sårbehandling tillsammans med personal som utför behandlingsåtgärderna är ett utbildningstillfälle. Sårbehandling ger även utrymme för råd, dialog och utbildning genom regelbundna onkologiska ronder, telefonkonsultationer samt föreläsningar.

En omfattande konsultativ verksamhet gör det möjligt för sårbehandlingens sjuksköterskor att utföra hembesök som tar ungefär 3 timmar. Remiss till sårbehandling skickas elektroniskt i journalsystemet eller via telefonkontakt. Besöket dokumenteras och behandlingsmeddelande skickas till den enhet som ska utföra sårbehandling. Sårbehandling ansvarar för att uppföljning sker.

Sårbehandling som tillhör konsultverksamheten på onkologiska kliniken har en tvärprofessionell sårgrupp bestående av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast, dietist, kurator samt konsultverksamhetens enhetschef.

RESULTAT:

Fördelar med detta arbetssätt är att patientens psykosociala välbefinnande ökar genom optimal symtomkontroll samt att vårdpersonalens känsla av maktlöshet minskar med ökad kunskap. Det är vårt mål att patientens specifika symtom styr behandlingen.

Litteraturreferenser:

Adderley, U.J. & Smith, R. (2009). Topical agents and dressings for fungating Wounds.

The Cochrane Library, issue 1, 1-15.

Alexander, S. (2009). Malignant fungating Wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *Journal of Wound Care*, 18, 7, July, 273-280.

Dowsett, C. (2002). Malignant fungating Wounds: assessment and management. *British Journal of Community Nursing*, 7, 8, 394-400.

DISKUSSION:

F58 Världighet på äldreboenden

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Lise-Lotte Dwyer Med dr, lektor, Institutionen för vårdvetenskap, Enheten för forskning om vård i livets slut, Ersta Sköndal högskola

BAKGRUND:

Många äldre lever sin sista tid och dör på äldreboende. Denna vårdform har tidigare inte omfattats av den palliativa vårdens filosofi. Världshälsoorganisationen (WHO) sammanställde 2004 skriften, "Better Palliative Care for Older People" med syftet att även äldre ska få tillgång till palliativ vård. Inompalliativ vård är världighet är ett begrepp som används ofta, ett begrepp som dock sällan upplevs vara konkretiserat på ett sätt som främjar tillämpning.

METOD:

Denna studie bygger på en sekundäranalys av fyra delstudier som bygger på intervjuer med äldre personer och personal på fyra äldreboenden.

RESULTAT:

Världigheten föreföll i hög grad vara relaterad till en persons självbild och identitet. Vad som uppfattades som kränkning respektive som främjande för världigheten varierade således från person till person. Samspelet mellan de äldre och personalen beskrevs som ringa. De äldre levde i en kultur som karaktäriserades av tystnad medan personalen arbetade i en kultur som kännetecknades av görande. Vården och omsorgen var uppgiftscentrerad med fokus på kroppslig omvårdnad. Personalen hade lite kunskap om de äldre som personer och de beskrev sig ha svårt att hinna med samtal eller att delta i andra sammanhang. De kände sällan till hur de äldre levde sitt liv eller hur de önskade leva sin sista tid i livet och om några särskilda önskemål fanns om den förestående döden. Personalen beskrev att de upplevde ett gap mellan ideal och verklighet.

DISKUSSION:

Världighet beskrivs som relaterad till självbild och identitet. Viktigt blir då att både de äldre och personalens känsla av självbild och identitet stärks. Samspelet mellan de äldre och personalen beskrivs som något båda parter önskar och efterlyser men som dock förekommer sällan. Samtal torde främja möten mellan de äldre och personalen och bidra till att de två kulturerna, tystnads och görandets kultur möts. En viktig fråga för framtiden är hur goda vårdkulturer kan samskapas.

F1 Sträva för att behålla livsutrymmet: berättelser om att leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom och vara ensamboende.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Kristina Ek, doktorand och sjuksköterska, Hälsoakademin, Örebro Universitet.

Britt-Marie Ternestedt, professor och barnmorska, Enheten för forskning om vård i livets slutskede - palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm. Stiftelsen Stockholms Sjukhem, enheten för forskning och utveckling, Stockholm.

Birgitta Andershed, docent och sjuksköterska, Hälsoakademin, Örebro Universitet. Enheten för forskning om vård i livets slutskede - palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm.

Eva Sahlberg-Blom, med dr och barnmorska, Hälsoakademin, Örebro Universitet. Enheten för forskning om vård i livets slutskede - palliativ vård, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm.

BAKGRUND:

Den här studien belyser innebörden av att leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och att vara ensamboende. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom drabbar allt fler människor. Andnöd, trötthet och ångest är vanliga symptom under de sista levnadsåren, vilket begränsar det dagliga livet. Döendet beskrivs som en successiv avtackling och ett långsamt döende utan tydliga brytpunkter.

METOD:

Upprepade kvalitativa intervjuer genomfördes under en åtta månaders period, med fyra personer. Datan bestod av 17 intervjuer, telefonsamtal och fältanteckningar. En fenomenologisk hermeneutisk metod användes för att tolka texten.

RESULTAT:

Analysen resulterade i två teman och fem sub-teman. Det första huvud temat: "Vara underordnad den sjuka kroppen" innebar att kroppen, hjälpmedel och att överlämna sig i andras händer både kunde öka och begränsa livsutrymmet. Det andra huvud temat: "Skydda betydande värden för identiteten" innebar att personerna strävade efter att behålla sin självbild och vara medveten om sin egen död.

DISKUSSION:

Att vara ensamboende och leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom är en utmaning och ett komplext fenomen. Vardagen präglades av en kamp att behålla autonomin under en tid av ökat beroende av andras hjälp. En personcentrerad vård som bygger på personens egna upplevelser och lyfter fram den kunskap som personen själv har om hälsa och sjukdom, skulle kunna vara ett sätt att främja människors identitet även nära döden.

F65 Liverpool Care Pathway – Vägledning för vård av döende

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Marie-Louise Ekeström, Mary-Jane Windus, Carl Johan Fürst, Stockholms Sjukhem

BAKGRUND:

LCP utarbetades inom hospicerörelsen i Liverpool med syftet att sprida kunskap om palliativ vård. Alla enheter som vårdar döende kan använda LCP. Målet är att förbättra vården de sista dygnet i livet, oavsett diagnos eller vårdplats. Den kunskapsbas som finns används på ett strukturerat sätt för att säkerställa och utvärdera vården. LCP introducerades i Sverige 2006. Dokumenten översattes, pilottestades. LCP används av ett 70-tal enheter i Sverige och i 20 olika länder. www.lcp.nu

METOD:

LCP införs i ett 7-steps implementeringsprogram som innefattar registrering, utbildning, journalgranskningar och utvärdering. Kontaktsjuksköterskor utses på deltagande enheter för att stötta det egna teamet i arbetet. Introduktionsutbildningar för kontaktsjuksköterskor och läkare ges. Nätverksträffar sker regelbundet.

RESULTAT:

I undersökningar efter införandet av LCP rapporterar personalen större trygghet att diskutera den planerade vården vid livets slut med patient och närstående och att ordinera vid behovs medicinering i god tid. En generell förbättring av journalföring ses. Målet med vården blir klart och tydligt. Eftersom LCP leder till en systematisk uppföljning av symptom får patienten en bättre symptomlindring. Införandet av LCP kräver stöd från den egna organisationens ledning och personalen måste ges möjlighet att förstå processen. Sjuksköterskor som fått stöd av en klinisk samordnare för LCP rapporterar ett ökat självförtroende både vad gäller kunskaper och beslutfattande. LCP utvärderas årligen av en multidisciplinär styrgrupp i Storbritannien. LCP utvecklas i förhållande till ny forskning och återkoppling från kliniska LCP-användare.

DISKUSSION:

LCP ska ses som ett arbetssätt som säkerställer kvalitet, inte enbart som en checklista.

Nationell samordning av LCP i Sverige saknar idag långsiktig finansiering.

LCP utformat som en standardvårdplan vilket sällan stöds direkt av befintliga IT-baserade journalsystem

För att ge kontaktpersoner i hela landet möjlighet att utbilda sig på hemorten utvecklas en webbaserad utbildning.

F29 Sjuksköterskors upplevelser av ärlighet i palliativ vård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Eva Erichsén, klinisk adjunkt palliativ vård, Vrinnevisjukhuset Norrköping, Linköpings universitet, campus Norrköping

Elisabeth Hadd Danielsson, leg. sjuksköterska, Barnrehabiliteringen, Vrinnevisjukhuset Norrköping

Maria Friedrichsen, klinisk lektor, docent, Linköpings universitet, campus Norrköping

BAKGRUND:

Palliativ vård kräver stora professionella kunskaper; att kunna skapa relationer, ta komplexa beslut, vara stödjande och bevara integritet. Dessa interventioner belyser vikten av interpersonell vård, särskilt ärlighet. Ärlighet nämns ofta som en viktig komponent i den palliativa vården och har skattats som ytterst betydelsefullt av patienter.

METOD:

Kvalitativ fenomenologisk metod. Semi-strukturerade intervjuer med 16 sjuksköterskor verksamma i palliativ vård utgör resultatet.

RESULTAT:

Att definiera ärlighet var svårt, istället uttrycktes motsatsen; att ljuga. Att anpassa sanningar eller inte tala om allt betraktades inte oärligt. Ärlighet upplevdes vara ett basalt mänskligt behov, något alla ville vara och räknade med att andra var också. Ärlighet upplevdes som en "mag-känsla" med förmåga att känna av och förstå andras situationer och behov.

Orsaker till att vara ärlig var att det skapade förutsättningar för en god vård. Ärlig information upplevdes vara basen för alla goda relationer, då det skapade tillit, förtroende, trygghet och hopp. Oärlighet upplevdes rasera en god vård och var svår att reparera.

Moraliska konflikter kunde uppstå exempelvis om närstående förbjöd sjuksköterskorna att tala om hur sjuka patienterna egentligen var. Detta tvingade sjuksköterskorna att agera mot sitt moraliska förhållningssätt, då de fick ställa sin önskan att vara ärliga mot respekten för närståendes krav.

Ärlighet sågs som en dygd, en god egenskap som sjuksköterskan förutsattes besitta. Sjuksköterskan etiska ståndpunkt visade sig i den moraliska karaktär de visade i sitt arbete, med intentionen att göra gott.

DISKUSSION:

Denna studie kan hjälpa sjuksköterskor att identifiera olika sätt att se på ärlighet och bidra till en mer medvetenhet och öppen diskussion i etiska frågor, mellan kollegor och annan vårdpersonal.

F34 Kvalitetssäkring av samtalsformer inom avancerad palliativ vård.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Kristina Fredriksson, kurator, Richard Skinner, läkare, Ann-Marie Bergström och Nicolaj Håkansson, ssk och kvalitetsutvecklare. FoU-grupp KVH – Kvalificerad vård i hemmet Hässleholm-Kristianstad

BAKGRUND:

KVH är en vårdform, inom Primärvården Skåne, där kärnverksamheten består av avancerad palliativ vård. Ett av de viktigaste redskapen inom palliativ vård är dialogen i det enskilda mötet med patient och närstående. I mötet sker samtal i olika former, allt efter den enskilde patientens och närståendes behov.

FoU-grupp KVH har identifierat ett behov av en gemensam standard för de olika samtal som förs inom verksamheten: "Inskrivningssamtal, Familjesamtal, Närståendesamtal, Brytpunktsamtal och Efterlevandesamtal". Syftet med samtalsstandarden är att ge en kvalitativt säker, jämlik och kunskapsbaserad vård, definiera begrepp och tydliggöra samtalens innehåll. Standarden ska även kunna användas som stöd för vårdarna, underlätta vid introduktion av nyanställda kring verksamhetens arbetssätt samt användas i utbildningssyfte.

METOD:

Arbetet stödjer sig på kunskap och mångårig erfarenhet inom verksamheten, interna arbetsgruppers arbete, litteraturgenomgång samt informationsutbyte från andra enheter.

RESULTAT:

Ett sammanhängande dokument för samtliga samtalsformer togs fram, med respektive samtalsforms "Definition, Syfte, Genomförande, Dokumentation och Uppföljning/utvärdering" angivna. Modellen ska trygga KVH:s arbetssätt, där behov av samtal kontinuerligt identifieras utifrån såväl patientens som närståendes behov och önskemål. Kvalitetssäkringen av samtalsformer ska bidra till en ökad trygghet för den enskilde medarbetaren, där en individanpassning utifrån varje patient och närståendes behov bättre kan säkerställas.

DISKUSSION:

Vad skiljer ett Familjesamtal från ett Närståendesamtal och vad ska ett Efterlevandesamtal innehålla, var exempel på frågor som låg till grund för detta arbete. Många medarbetare inom KVH uppfattade en otydlighet och osäkerhet i vad som skulle avhandlas i de olika samtalen. Hur skulle vi kunna kvalitetssäkra, om inte alla utgick från samma idéer och arbetsmodeller? Genom att ta fram en standard för de förekommande samtalsformerna är vår förhoppning, att vi ska kunna erbjuda ett kvalitativt bättre omhändertagande av såväl patient som närstående.

F20 OPCARE9 - Ett europeiskt samarbetsprojekt mellan forskare och kliniskt verksamma inom palliativ vård.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Carl Johan Fürst (1,2), Olav Lindqvist (3,4), Gunilla Lundquist (5), Carina Lundh Hagelin (2,6), Birgit H Rasmussen (4,7), Sylvia Sauter (1) samt Carol Tishelman(2).

1) Stockholms Sjukhem, 2) Karolinska Institutet, 3) AHS-Viool, Skellefteå, 4) Umeå Universitet, 5) Palliativa teamet i Ludvika, 6) Sophiahemmet Högskola, 7) Axlagårdens Hospice Umeå.

BAKGRUND:

Detta är ett treårigt EU-projekt (OPCARE9) där ett internationellt samarbete inkluderar forskare och kliniskt verksamma inom den palliativa vården. Syftet är att identifiera brister i praktisk- eller vetenskaplig kunskap om vården under livets sista dagar vid cancersjukdom.

Utifrån multinationell och multiprofessionell samverkan, med representanter från omvårdnad och andra kliniska yrken, inklusive medicin, farmakologi, psykologi, sjukgymnastik och socialt arbete, och andra vetenskaper såsom epidemiologi, sociologi, hälsoforskning, etik och juridik, arbetar gruppen systematiskt för att identifiera och kritiskt granska aktuell litteratur samt genom att metodiskt tillfråga olika experter och andra sakkunniga om vad som är viktigt för denna patientgrupp och deras närstående.

METOD:

Projektet har fem teman med huvudansvar i olika länder:

1. Symtom och tecken på att döden närmar sig – Schweiz.
2. Beslut i livets slutskede – Nederländerna.
3. Farmakologiska och icke-farmakologiska interventioner för att lindra lidande under livets sista dagar – Sverige.
4. Psykologiskt och psykosocialt stöd för patienter, närstående och vårdare – Tyskland.
5. Volontärverksamhet – England.

Det svenska arbetsområdet har två huvudinriktningar: dels att undersöka vilka vårdaktiviteter som är viktigast kring den döende patienten och dels vilka läkemedel som bör finnas tillgängliga under de sista dygnet i patientens liv. Inom projektet och de olika temana pågår arbetet och det har genomförts omkring 4 litteraturgenomgångar och cirka 5 Delphi undersökningar. Förslag och rekommendationer för framtida prioriterade forskningsområden lämnas när projektet avslutas 2011. Tillgängliga resultat kommer att presenteras och möjligheter och begränsningar av det internationella samarbetet mellan nio länder i ett EU-projektet kommer att diskuteras.

Hemsida: www.opcare9.eu

RESULTAT:

DISKUSSION:

F32 Bristande journaldokumentation gällande vård i livets slutskede

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Alireza Ghohliha, Greger Fransson, Carl Johan Fürst, Per-Anders Heedman, Staffan Lundström, Bertil Axelsson.

BAKGRUND:

Svenska Palliativregistret har sedan 2005 erbjudit vårdgivare av patienter i livets slutskede att fylla i ett antal frågor med fokus på vårdinnehållet under sista levnadsveckan. Som ett led i registrets kvalitetsarbete önskade vi belysa inkomna svars validitet genom att jämföra med respektive patients journaldokumentation.

METOD:

Genom slumpmässigt urval togs 15 stycken registeraktiva vårdenheter fram representerande de fem olika vårdenhetstyperna: sjukhusavdelning, kommunalt korttidsboende, kommunalt särskilt boende, specialiserad palliativ slutenvårdsenhet och specialiserad palliativ hemsjukvårdsenhet. Respektive enhet ombads skicka in kompletta kopior av journalhandlingarna samt läkemedelslistan täckande det terminala vårdtillfället för de senaste 10 registrerade dödsfallen. Dessa journaler granskades och användes som bas för att fylla i samma dödsfallenkät som respektive enhet registrerat i palliativregistret.

RESULTAT:

Av de 15 utvalda enheterna medverkade 14 stycken enligt planerna och vi fick in journalkopior på 140 registrerade patienter. Extraktionen av information från journalkopiorna blev svårare än tänkt. Ett tolkningssystem utarbetades där tydligheten i dokumentationen betonades. Utifrån detta fylldes en ny dödsfallsenkät i för varje patient. Samkörning med de autentiska enkäterna ska genomföras under februari månad. Intrycket så långt är att journaldokumentationen för de av palliativregistret efterfrågade parametrarna är mycket bristfällig framför allt utanför den specialiserade palliativa vården.

DISKUSSION:

Att bedöma validiteten av vissa frågor i palliativregistret dödsfallenkät har visat sig vara omöjligt med denna metod p.g.a. bristfällig journalföring. Den bristfälliga journaldokumentationen i livets slutskede är i sig det viktigaste fyndet. Förhoppningen är att fortsatta analyser ytterligare ska kunna lyfta fram områden där risken för bristande vårdkvalitet är extra stor. Att ta fram en enhetlig mall för denna typ av dokumentation torde vara en central utvecklingsuppgift för svensk palliativ vård under den närmaste framtiden och en viktig komponent i arbetet med att ta fram ett nationellt vårdprogram för basal palliativ vård.

F9 Att inte kunna lita på att döende föräldrar fått bästa möjliga vård.

Avsaknad av tillit till sjukvården av döende föräldrar och psykisk ohälsa hos efterlevande tonårsdöttrar

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Tove Bylund Grenklo, Ulrika Kreicbergs, Gunnar Steineck, Unnur Valdimarsdóttir, Carl Johan Fürst

BAKGRUND:

Det finns faktorer i vården av döende cancersjuka patienter som kan bidra till att öka närståendes risk för psykisk ohälsa på lång sikt. Syftet var att undersöka sambandet mellan en undvikbar och påverkbar vårdrelaterad företeelse, nämligen avsaknad av tillit till vården, och psykisk ohälsa hos döttrar som under tonåren miste en förälder i cancer.

METOD:

Data samlades i denna nationella, populationsbaserade studie in med hjälp av en anonym studiespecifik enkät som validerats ansikte mot ansikte. Deltagarna fick svara på frågan "Kunde du lita på att din förälder fick bästa möjliga sjukvård den sista veckan han eller hon var i livet". Möjliga svarsalternativ var "inte aktuellt, min förälder hade ingen sjukvård", "nej, inte alls", "ja, lite", "ja, måttligt" och "ja, mycket". Bedömningen gjordes sex till nio år efter dödsfallet. Vid detta tillfälle bedömde de efterlevande döttrarna sin psykiska hälsa. Huvudstudien inkluderar både söner och döttrar som mist samt en grupp jämnåriga som inte förlorat en förälder. Här presenteras preliminära analyser av hittills inkomna enkäter från efterlevande döttrar.

RESULTAT:

Datainsamling pågår. Än så länge har 317 (75 %) av 419 inkluderade döttrar svarat på enkäten. Vi fann en ökad risk för måttlig till svår depression mätt med PHQ-9, hos döttrar som svarat "nej, inte alls" eller "ja, lite" jämfört med de som svarat "ja, måttligt" eller "ja, mycket" på frågan om de kunnat lita på sjukvården under föräldrarnas sista levnadsvecka. En fördubblad risk hittades även på ångestrelaterade symtom den senaste månaden, såsom att oftare än en gång i veckan inte kunnat sluta oroa sig eller kontrollera sin oro, ha haft vredesutbrott samt att ha vaknat på natten med ångest eller en obehaglig känsla.

DISKUSSION:

Den preliminära analysen visar på ett samband mellan avsaknad av tillit till att den döende föräldern fått bästa möjliga sjukvård och en ökad psykisk ohälsa flera år efter dödsfallet, hos döttrar som under tonåren miste en förälder i cancer.

F44 Transfusion av erythrocytkoncentrat till patienter med palliativt vårdbehov i ordinärt och särskilt boende. En retrospektiv studie i Värnamo sjukvårdsområde.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Margareta Gustavsson, Palliativa Vårdenheten, Värnamo Sjukhus, 331 85 Värnamo,

BAKGRUND:

Anemi är vanligt förekommande inom palliativ vård. Transfusion med erythrocytkoncentrat används för lindring av anemirelaterade symtom.

Palliativa vårdenheten, PVE, Värnamo sjukvårdsområde startade 2007 som ett projekt med uppgift att vara rådgivande, utbildande och utvecklande resurs, men också med behandlingsansvar för patienter med behov av avancerad palliativ vård. Trots begränsade resurser beslutades att, som en del av helhetsvården, erbjuda patienter transfusion av erythrocytkoncentrat i ordinärt och särskilt boende för att undvika onödiga transporter och sjukhusinläggningar. Syftet med denna rapport är att kartlägga denna verksamhet.

METOD:

Samtliga patienter som under 2008 fått transfusion i ordinärt och särskilt boende identifierades med hjälp av inskrivningsdokument och tidbok. Data inhämtades från medicinsk journal, Medidoc och LabRos.

RESULTAT:

Under 2008 har 17 patienter erhållit transfusion av erythrocytkoncentrat vid 34 transfusionstillfällen. 15 av patienterna erhöll transfusion i ordinärt boende. Medelåldern var 78 år. 94 % har en cancerdiagnos. Prostatacancer var den vanligaste diagnosen. Det vanligaste symtomet innan transfusion var orkeslöshet. Hemoglobinvärdet innan transfusion varierade mellan 47g/l till 106 g/l, med ett medelvärde på 86 g/l. 9 patienter erhöll transfusion vid ett behandlingstillfälle. Patienterna gavs i medeltal två transfusionsbehandlingar. I medeltal gavs två enheter erythrocytkoncentrat per behandlingstillfälle. Inga komplikationer uppkom i samband med de 34 transfusionerna.

DISKUSSION:

Orsaken till orkeslöshet inom palliativ vård är ofta multifaktoriell och sambanden mellan anemi och symtom är inte väldefinierade. Nyttan av transfusion kan därmed bli svår att förutsäga. Eftersom transfusion är resurskrävande bör effekten alltid noggrant utvärderas efter varje individuell transfusion för att om möjligt undvika ineffektiv behandling. Som bilaga till rapporten föreligger ett förslag på dokumentation att användas rutinmässigt i samband med blodtransfusionsbehandling inom palliativ vård, Värnamo sjukvårdsområde.

F5 Ett stödprogram för närstående till patienter inom palliativ vård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Anette Henriksson, leg sjuksköterska, doktorand, Nationella forskarskolan KI, Hälsoakademin, Örebro universitet

Birgitta Andershed, leg sjuksköterska, docent, Hälsoakademin, Örebro universitet; Enheten för forskning om vård i livets slutskede, Ersta Sköndal Högskola

Eva Benzein, leg sjuksköterska, professor, Linne universitet; Enheten för forskning om vård i livets slutskede, Ersta Sköndal Högskola

Britt-Marie Ternestedt, leg sjuksköterska, professor, Enheten för forskning om vård i livets slutskede

BAKGRUND:

Tidigare forskning visar behov av riktade stödinsatser för närstående till svårt sjuka, döende patienter och denna studie undersöker en stödintervention i form av stödgrupp under pågående vårdtid.

METOD:

Interventionen: Närstående inbjuds att delta i en stödgrupp. Gruppen träffas sex gånger, en gång i veckan med ett särskilt tema och en inbjuden gäst från det professionella teamet. De olika temana är Kost(dietsist sjuksköterska), Palliativ vård(läkare), Att leva nära någon svårt sjuk(kurator), Att hantera vardagen(sjukgymnast, arbetsterapeut), När livet ställs på sin spets(präst) och jag som närstående. Interventionen genomförs av den enheten som vårdar patienten och gruppen träffas på vårdenheten. Två sjuksköterskor fungerar som gruppleddare. Interventionen genomförs idag vid tre vårdenheter i Sverige. Forskning: Två studier har hittills genomförts, en fenomenologisk studie där 10 närstående som deltagit i studien intervjuades med syfte att undersöka hur närstående upplevt att delta i gruppen och vilken betydelse deltagandet haft. Studie II syftade till att undersöka stödgruppens innehåll, struktur och förhållningssätt och telefonintervjuer med 29 deltagare genomfördes. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT:

Närstående upplevde att deltagandet i stödgruppen medförde insikt, kraft, vila, bekräftelse och delaktighet vilket sammanlagt skapade en känsla av trygghet inför sjukdomen, situationen och i förhållande till den som var sjuk. De teman som diskuterades ansågs reflektera de närståendes dagliga liv. Strukturen var inbjudande till samtal och en varm atmosfär skapades där deltagarna kunde släppa sin fasad. Kontakter skapades både med det vårdande teamet och till de övriga deltagarna. Antal gånger som gruppen träffades ansågs lagom för att fylla informationsbehovet men många önskade fler träffar för samtal med de övriga deltagarna.

DISKUSSION:

Få interventioner för närstående inom palliativ vård finns idag dokumenterade i litteraturen. Ytterligare forskning behövs för att hitta effektiva sätt att ge stöd till närstående. Fortsatt forskning syftar till att mäta eventuella effekter av den beskrivna interventionen.

F35 Omhändertagande av avliden patient.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Gunhild Hultberg, undersköterska

Maria Karlsson, undersköterska

Ewa Klockare, vårdenhetschef, Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

BAKGRUND:

En av hörnstenarna inom palliativ vård är närståendestöd vid dödsfall. Det är också viktigt att värna om patientens integritet. På den palliativa enheten underlättas avskedet och sorgearbetet genom att ge patienten ett värdigt omhändertagande också efter döden. Det beskrivs i WHO:s vårdideologi för vård i livets slut. För personalen är det viktigt att ta avsked för att kunna gå vidare och möta nya svårt sjuka patienter.

METOD:

Patienten kläs efter döden i sina egna kläder eller i det som patienten själv eller närstående önskar. De närstående som vill får vara med och göra i ordning den döde. Det som har med sjukdomen att göra, slangar, nålar m m tas bort. På detta sätt förstärks att det är en person och inte en sjuk patient som har avlidit. Sängen bäddas med särskilda lakan i lugna färger och med speciella täcken. På sängbordet ställs ljus, blommor, eventuella personliga eller religiösa saker och symboler. Finns små barn kan de få lämna en teckning eller en leksak som får följa med patienten. De närstående kan också ta avsked i lugn och ro under den tid de behöver. En del kommer resande och en del behöver komma flera gånger och därför kan patienten stanna på avdelningen längre än vid som är brukligt.

RESULTAT:

Många närstående har förmedlat att det varit en fin upplevelse att få se den döde, klädd i egna kläder och utan sjukhuslakan. Det ger patienten ett värdigt slut och de närstående får en fin minnesbild att bära med sig som underlättar sorgearbetet.

DISKUSSION:

Metoden ger att lugnt avsked för närstående i en värdig miljö. Sorgearbetet underlättas och kan påbörjas för närstående. För personalen ger det en arbetstillfredsställelse att få möjlighet att ge en bra omvårdnad också efter att patienten avlidit. Det är ett sätt att integrera WHO:s vårdideologi i avdelningens arbete.

F6 Mötet mellan den informella och professionella omsorgen vid vård i livets slut.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Inger James, Örebro universitet
Birgitta Andershed, Örebro universitet, Ersta Sköndal Högskola
Britt-Marie Ternestedt, Ersta Sköndal Högskola, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet

BAKGRUND:

När någon blir svårt sjuk så finns det ofta någon närstående som på olika sätt ger informell omsorg. I mötet med den professionella omsorgen bedömer närstående den utifrån sina erfarenheter och den unika kunskap de har om personen som är sjuk. Syftet var att fördjupa kunskapen om närståendes erfarenheter av att ge informell omsorg och deras möte med den professionella omsorgen vid vård i livets slut på sjukhus.

METOD:

En hermeneutisk ansats där 27 närstående intervjuades 6-8 månader efter deras familjemedlems död.

RESULTAT:

Det framkom att närstående hade erfarenheter av att föra en kamp för att få tillgång till personalens kunskap och en kamp för att försöka skapa utrymme för den egna praktiska kunskapen. Närståendes praktiska kunskap tog sig uttryck i olika omsorgshandlingar som kunde föras till olika teman. Tema 1: Närstående kämpade för behandling. De hade ingen tilltro till den professionella omsorgen. De handlade målmedvetet för att familjemedlemmen skulle få optimal vård. Tema 2: Närstående samarbetade med vårdpersonalen. De litade till den professionella omsorgen där personalen tog närståendes erfarenheter och kunskap på allvar. Tema 3: Närstående höll distans. De var kritiska till hur vårdpersonalen utförde sitt arbete. De levde i hoppet att familjemedlemmens skulle överleva vilket var ett stöd både för dem själva och för familjemedlemmen. Tema 4: Närstående vakade hos familjemedlemmen. De hade givit omsorg under lång tid och var trygga med sina erfarenheter och kunskap. De hade inga behov av den professionella omsorgen. Tema 5: Närstående var vaktande experter. De kände inte tillit till att personalen hade tillräckligt med kunskap för att kunna vårda deras familjemedlem. Närstående försökte överföra sin kunskap till personalen.

DISKUSSION:

Att närstående är i behov av vårdpersonalens stöd beskrivs ofta. Det är förvånande att närståendes kunskaper sällan uppmärksammas, varken i olika styrdokument för hälso- och sjukvården eller på andra nivåer i samhället.

F18 Dödshjälp – en kvalitativ studie av döende cancerpatienters inställning.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Marit Karlsson FoUU-enheten, Stockholms sjukhem och Karolinska Institutet samt LAH Linköping
Peter Strang Professor FoUU-enheten, Stockholms sjukhem, Karolinska Institutet
Anna Milberg Inst. för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet samt Palliativt kompetenscentrum i Östergötland samt LAH Linköping

BAKGRUND:

Dödshjälp är idag olagligt i Sverige, och förekommer knappast enligt studier. Under de senaste åren har legaliseringen av dödshjälp ökat runtom i världen, och lagförslag kring dödshjälp förbereds i många länder. Även i Sverige fortsätter debatten, bl. a efter att Statens Medicinska Etiska Råd 2008 föreslagit tillsättandet av en parlamentarisk utredning kring legalisering av läkarassisterat självmord. Svensk allmänhet har i stora undersökningar funnits ha en övervägande positiv inställning till dödshjälp. Vilken inställning personer med dödlig sjukdom har till dödshjälp, är sparsamt undersökt.

METOD:

För att undersöka inställningen till dödshjälp hos patienter med dödlig sjukdom, har en kvalitativ intervjuundersökning genomförts. Intervjuer med totalt 66 patienter med cancersjukdom i palliativ fas har genomförts och bandinspelats. Materialet har efter utskrift analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Undersökningen är godkänd i etisk kommitté.

RESULTAT:

Huvudfynden i studien påvisar förekomst av många olika inställningar till dödshjälp bland cancerpatienter, med såväl förespråkare som motståndare till dödshjälp representerade. Många uttrycker dock en osäker inställning pga. frågans upplevda svårighet och komplexitet, då man samtidigt uppfattar flera viktiga, men motstridiga, argument. Argumenten kring dödshjälp fokuseras runt följande teman: autonomi, människovärde, lidande, tillit, trygghet och makt. Att få utöva sin autonomi, även i livets slut, uppfattas av många som viktigt, men autonomi problematiseras också, då man upplever att autonomi vid svår sjukdom och i livets slut förändras. Autonomi påverkas av ökat beroende till både anhöriga och sjukvårdspersonal, vilket är både på gott och ont, och den egna viljan upplevs extra påverkbar och föränderlig. Makten över beslut kring dödshjälp uppfattas på olika sätt av cancerpatienterna; vissa uppfattar dödshjälp som ett stärkande av den egna makten, medan andra uppfattar det som ett stärkande av sjukvårdens makt, vilket kan vara skrämmande.

DISKUSSION:

Sammanfattningsvis presenterar denna undersökning av inställningen till dödshjälp bland cancerpatienter i palliativ fas, att en ev. legalisering av dödshjälp för vissa uppfattas som ett positivt tillskott till sjukvårdens utbud, medan andra istället upplever rädsla och en ökad otrygghet i en redan svår situation.

F65 Att vårda i dödens närhet

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Inga-Lill Källström Karlsson, Hälsoakademin, Omvårdnad, Örebro universitet

BAKGRUND:

Det har uppmärksammats att för sjuksköterskor kan vården av personer i livets slutskede innebära en emotionell påfrestning. Vad gäller sjuksköterskors egen förmåga att hantera stressfyllda situationer i sitt arbete har de egna attityderna och föreställningarna betydelse. Av intresse är här är hur sjuksköterskor personligen influeras av att under en längre period i sitt arbete möta människors lidande i samband med döende och död.

METOD:

Fem vårdpersonal vid en palliativ enhet intervjuades vid två olika tillfällen om hur det var att vårda personer i livets slut. Speciellt uppmärksammades personalens tankar, känslor och inställning till att möta lidande och död. Intervjuerna analyseras med stöd av tolkande beskrivning.

RESULTAT:

Den huvudsakliga skillnaden mellan de två intervjutillfällena visade det sig att döden var olika framträdande i personalens liv, som en förändringsagent och som en kompanjon i livet. Vid det första intervjutillfället beskrevs att ställas inför andras död också innebar att ställas inför den egna döden. Det gick inte längre att ta för givet att livet skulle fortgå som vanligt. Det kunde snabbt förändras.

Vid andra intervjutillfället hade personalen funnit ett mer avspänt sätt att förhålla sig till döden. Känslan av att livet inte kunde tas för givet var mer integrerad i deras hållning jämfört med tidigare.

DISKUSSION:

Att konfronteras med den egna möjliga döden kan för vårdpersonal innebära att tvingas ta ställning till sitt eget liv och att ta ansvar för det egna livet är här av vikt. Att medvetandegöra sitt eget förhållningssätt till döende och död kan vara nödvändigt för att kunna hantera och kunna vara ett stöd för personer i livets slutskede.

F7 NÄR ETT VUXET BARN FÅR CANCER OCH DÖR

Seniora mammors upplevelse av sitt vuxna barns cancersjukdom och död

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Susanne Lind, sjuksköterska med specialistutbildning i onkologi,

Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland, Karolinska Universitetssjukhuset och Ersta Sköndal Högskola, Stockholm.

BAKGRUND:

Att ett barn dör före sin förälder är en händelse som frångår den normala livscykel. Att vara både äldre, förälder och närstående kan innebära att människor befinner sig i en mycket utsatt och sårbar situation. Det finns mycket få studier som beskriver hur föräldrar upplever förlusten av ett vuxet barn. Detta medför att det är svårt att bemöta och hjälpa dem utifrån deras behov.

METOD:

Fem mammor intervjuades om deras upplevelse av sjukdomstiden och tiden efter dödsfallet. En explorativ, beskrivande analysmetod, med inspiration från Glaser och Strauss grounded theory, har använts.

RESULTAT:

Kärnkategori som framträdde ur materialet var en oplanerad tidsresa, både bakåt och framåt i tiden, mot ett främmande mål med ett behov av resällskap och guide. Under sjukdomstiden återvände både mammor och barn till ett förhållningssätt med en vårdande mamma. I vissa fall uppstod en konflikt när barnet inte ville ta emot omvårdnaden. Efter dödsfallet befinner sig mamman i en helt ny situation som är svår att hantera emotionellt och praktiskt. Den förväntade framtiden med exempelvis barnbarn finns inte kvar och nya mål i livet måste ta form. Under resans gång är det viktigt för mamman att få stöd både inom familjen och från andra närstående. Vårdpersonalen har en viktig roll för att informera och stödja mamman.

DISKUSSION:

Resultatet visar att dessa mammor är en förbisedd grupp av närstående med ett stort behov av att få information och stöd för att ge dem möjlighet att vara delaktiga i vården. De uttrycker en önskan om att bli synliga och delaktiga i vården med hjälp av vårdpersonalen. Fortsatt forskning inom området kan anses nödvändigt för att belysa både mammor och pappors upplevelser i olika kontexter då detta saknas i dag. Detta skulle ge möjlighet till förbättringar i bemötandet och omhändertagandet av dessa närstående.

F15 Ascites – när? hur? var? av vem?

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Annette Lindblad överläkare, SAH, Skånes Onkologiska Klinik, 205 02 Malmö

BAKGRUND:

Ascites är patologisk vätskebildning i bukhåla och orsakas i 10 % av malign sjukdom. Etiologi okänd. Ascites ger ofta svåra symtom. Att minska mängden vätska ger ofta god palliation. Läkare behandlar ascites olika.

METOD:

Som projekt under Kursen "Palliativ medicin" Umeå Universitet 2009, sammanställdes en enkät, som besvarades av samtliga kursdeltagare. De representerade olika typer av palliativa enheter som geografiskt var spridda över hela Sverige.

RESULTAT:

NÄR? Patienterna behandlas om ascites ger måttliga till svåra symtom. Exspektans vid ringa symtom.

HUR? 27/29 använder DIURETIKA i första hand; Spironolakton 12,5-300mg/dygn med ibland tillägg av Furosemid 20-160 mg/dygn. Behandlingslängd varierar (dagar till livslångt). 2 enheter använde inte diuretika alls.

Vid svåra symtom eller kort förväntad överlevnad görs LAPAROCENTES. Lab kontrolleras ibland vid 6 enheter, inte alls vid 10, ja vid 12. 15 tappar ut all ascites på en gång. 12 tappar ut portionsvis (1-3-5-10 liter/portion/dygn) 22 enheter låter dränet ligga kvar i bukhålan (dygn till månader) 10 enheter drar dränet genast efter tappning, om det inte gjorts på rtg lv substitution görs "ibland" vid 5/29 enheter. 5 enheter har en utförandebeskrivning. Olika dränage används. Inga dränage som används idag har indikation laparocentes.

VAR? 13/24 utför laparocentes i hemmet. 23/29 har tillgång till rtg/ultraljud. 6/29 gör laparo-centeser endast via ultraljud. 17/25 utför tappning på vårdavd.

AV VEM? Vid 13/24 enheter görs tappning av alla läkare. 2 enheter har en särskilt utsedd läkare. Många enheter har tillgång till röntgenavdelning.

DISKUSSION:

Stora (för stora?) skillnader råder i hur vi behandlar ascites. Samma problem ses över världen. Behandlingen för malign ascites är överförd från hur benign ascites behandlas. Jämförbara grupper? Det finns idag inga randomiserade studier gällande behandling av malign ascites!

Metodbeskrivning behövs! Forskning behövs!

F21 Icke-farmakologiska vårdaktiviteter - En internationell inventering av vad vårdpersonalen gör under de sista dagarna av patients liv

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Olav Lindqvist, RN, PhD (1,2), Carol Tishelman, RN, PhD, professor (1), Gunilla Lundquist, MD (3), Sylvia Sauter, RPT, DIHR (4), Carl Johan Fürst, MD, PhD, professor (1), Carina Lundh Hagelin, RN, PhD (1,5), Birgit H. Rasmussen, RN, PhD, professor (2), för OPCARE9.

- 1) Stiftelsen Stockholms Sjukhem/Karolinska Institutet, Stockholm
- 2) Umeå universitet, Umeå
- 3) Palliativa teamet i Västerbergslagen NSO, Landstinget Dalarna, Ludvika
- 4) Stockholms Sjukhem, Stockholm
- 5) Sophiahemmet Högskola, Stockholm

BAKGRUND:

OPCARE9 är ett EU-projekt med syfte att optimera vården av patienter med cancersjukdom under de sista dagarna i livet genom att systematisera befintlig kunskap och identifiera kunskapsluckor. De 9 deltagande länderna inkluderar 7 i Europa såväl som Argentina och Nya Zeeland. Den svenska gruppen samordnar arbete där tonvikten ligger på farmakologiska och icke-farmakologiska lindring av lidande under de sista dagarna i livet. Syftet med detta delprojekt i OPCARE9 var att identifiera bredden av icke-farmakologiska vårdaktiviteter som utförs under de sista dagarna av en patients liv vid specialiserad palliativ vård.

METOD:

För att identifiera vårdaktiviteter under de sista dagarna av livet genomfördes en första "brainstorming" vid 16 olika palliativa enheter i OPCARE9-länderna. De olika aktiviteterna som uppgavs sammanställdes till en lista på respektive enhet som placerades på en central plats i 3-4 veckor, och personalen uppmanades att under den tiden lägga till nya aktiviteter.

RESULTAT:

Mer än 1000 vårdaktiviteter har insamlats från både palliativ slut- och öppenvård i de nio länderna. Ungefär 80 % av rapporterna kom från omvårdnadspersonal, dvs. sjuksköterskor och undersköterskor, 15 % från läkare och cirka 5 % från andra yrkeskategorier. Vårdaktiviteterna uttrycktes ofta med språk som visar ett starkt känslomässigt engagemang. De fokuserade till stor del på att uppfylla patienters och närståendes önskemål och upplevelser, särskilt i samband med praktiska vårdinsatser. Den primära analysen visar att vårdaktiviteterna är riktade mot den unika individens välbefinnande i syfte att lindra lidande. Detta blir synligt i temat Stödjande eller upprätthålla kontakten med individens vardag som genomsyrar många av de konkreta vårdaktiviteterna. Kontakten med individens vardag sker t.ex. genom aktiviteter som att använda samma parfym eller lyssna på musik som personen gjort tidigare. Vidare analys av dessa data kommer att presenteras vid konferensen.

DISKUSSION:

F22 Utveckling av ett basalt läkemedelskit för de sista dagarna i livet ur ett europeiskt perspektiv – Vilka läkemedel bör finnas tillgängligt oberoende av var personen vårdas

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Olav Lindqvist, RN, PhD (1,2), Birgit H. Rasmussen, RN, PhD, professor (2), Carol Tishelman, RN, PhD, professor (1), Gunilla Lundquist, MD (3), Sylvia Sauter, RPT, DIHR (4), Carina Lundh Hagelin, RN, PhD (1),5, Carl Johan Fürst, MD, PhD, professor (1), för OPCARE9

1) Stiftelsen Stockholms Sjukhem/Karolinska Institutet, Stockholm

2) Umeå universitet, Umeå

3) Palliativa teamet i Västerbergslagen NSO, Landstinget Dalarna, Ludvika

4) Stockholms Sjukhem, Stockholm

5) Sophiahemmet Högskola, Stockholm

BAKGRUND:

OPCARE9 är ett EU-projekt med syfte att optimera vården av patienter med cancersjukdom under de sista dagarna i livet genom att systematisera befintlig kunskap och identifiera kunskapsluckor. De 9 deltagande länderna inkluderar 7 i Europa samt Argentina och Nya Zeeland. Den svenska gruppen samordnar arbete där tonvikten ligger på farmakologiska och icke-farmakologiska lindring av lidande under de sista dagarna i livet. Syftet med detta delprojekt i OPCARE9 är att undersöka om det är möjligt att på europeisk nivå nå konsensus om ett basalt läkemedelskit, med stor tillgänglighet, för de sista dygnet i livet.

METOD:

Delphi metodologi har använts, en metod där en grupp experter inom ett visst område tillfrågas i upprepade omgångar i syfte att uppnå konsensus. I föreliggande studie tillfrågades 135 kliniskt verksamma läkare inom palliativ vård i OPCARE9 länderna.

RESULTAT:

I den första Delphirunda i juni 2009 tillfrågades läkarna via en webbenkät om första- och andrahands val av läkemedel för att lindra ångest, andnöd/andfåddhet, illamående och kräkningar, smärta, rossel, och terminal oro och agitation under de sista dygnet i livet. Webbenkäten besvarades av 97 läkare. I den andra Delphirundan i januari 2010 tillfrågades samma grupp läkare om vilka läkemedel som bör ingå i ett basalt läkemedelskit för de sista dygnet i livet. Maximalt 5 läkemedel fick anges och skulle vara tillgängliga också utanför den specialiserade palliativ vården. Det vill säga primärvård, särskilda boenden, sjukhem, geriatriska vårdavdelningar etc., men även inom onkologi och akutsjukvård som vårdar döende. Datainsamlingen pågår för närvarande och resultat av analysen kommer att presenteras vid konferensen.

DISKUSSION:

F31 Validering av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Lisa Martinsson (1), Greger Fransson (3), Per-Anders Heedman (2), Staffan Lundström (4), Carl Johan Fürst (4), Bertil Axelsson (5).

Medkand, Umeå universitet (1). Palliativa rådgivningsteamet, Universitetssjukhuset i Linköping (2). Registerhållare, Svenska palliativregistret (3). Stockholms sjukhem (4). Storsjögläntan (5).

BAKGRUND:

Denna studie är en del av den validering som genomförs av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät, som fylls i efter ett dödsfall av enheten där patienten avled. Syfte: Studiens syfte är att belysa samstämmigheten mellan inrapporterade data och journaluppgifter. Dessutom undersöktes graden av felinmatning mellan pappers- och webformulär.

METOD:

Studien omfattade 100 palliativa patienter som avlidit på en palliativ vårdavdelning och inom avancerad hemsjukvård. Samtliga patienter var brytpunktsbedömda och hade en särskild brytpunktsmall i datajournalen. Dessa journalanteckningar användes för att fylla i en ny dödsfallsenkät för varje patient av en oberoende granskare utan tillgång till det inrapporterade webformuläret. Samstämmigheten mellan den nya dödsfallsenkäten och inrapporterad webenkät togs sedan fram med korstabeller (Chi2-analys). Dessutom jämfördes webdata med de pappersenkäter som fyllts i på avdelningen innan inmatningen till webformuläret.

RESULTAT:

Samstämmigheten mellan webdata och journaldata varierade beroende på fråga mellan 22 och 100 %. Åtta av formulärets 25 frågor visade en samstämmighet under 80 %. Jämförelsen mellan inrapporterade data och pappersenkät överensstämde till 96-100%. Undantaget var frågan om smärtskattning sista veckan där överensstämmelsen var 91 %.

DISKUSSION:

Redovisade resultat gäller cancerpatienter som vårdats av enheter specialiserade på palliativ vård och som dessutom har en speciell datajournalmall för brytpunktsbedömning. Troligen skulle det vara betydligt svårare att genomföra en jämförelse mellan inrapporterade data och journaldata vid vårdenheter av annat slag. Vad som är en acceptabel samstämmighet mellan journaldata och inrapporterade data kan diskuteras. För de frågor där samstämmigheten är lägre än 80 % kan troligen tydligare frågeformuleringar och tydligare konsensus om hur olika begrepp och alternativ ska tolkas förbättra resultaten. Intressant är dock att fundera på hur sann journalföringen någonsin kan bli vad gäller komplexa faktorer som information, förlorat självbestämmande, förekomst av ofullständigt lindrande symtom och liknande. Om validering av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät kan utföras med annat jämförelsematerial än journaldata kan diskuteras. För det fortsatta arbetet med att optimera registrets dödsfallsenkät ger denna studie mycket värdefull information.

F2 Vad är en “trygg bas” i dödens närhet? Studie med anknytningsteoretisk referensram av vuxna patienters respektive närståendes erfarenheter av palliativ hemsjukvård.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Anna Milberg (Palliativt kompetenscentrum i Östergötland, samt Linköpings avancerade hemsjukvård, Universitetssjukhuset samt Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet), Rakel Wåhlberg (LAH Öst, Vrinnevisjukhuset Norrköping), Maria Jakobsson (Palliativt kompetenscentrum i Östergötland samt LAH Öst, Vrinnevisjukhuset, Norrköping), Eva-Carin Olsson (Närsjukvården i centrala Östergötland, Universitetssjukhuset Linköping samt Institutionen för Medicin och hälsa, Linköpings universitet), Maria Olsson (PRIVO (Palliativa rådgivningsteamet), Lasarettet i Oskarshamn), Maria Friedrichsen (Palliativt kompetenscentrum i Östergötland samt Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet)

BAKGRUND:

Anknytningsteori har rönt allt större intresse för hur vuxna hanterar stress och sjukdom. Denna studie undersökte, genom patienters respektive närståendes erfarenheter, palliativ hemsjukvård som en "trygg bas" (ett centralt begrepp inom teorin) samt betydelsen av sådana erfarenheter.

METOD:

Tolv patienter i palliativ sjukdomsfas och 14 närstående intervjuades under pågående palliativ hemsjukvård. Intervjuerna analyserades med latent innehållsanalys.

RESULTAT:

Samtliga informanter uttryckte att upplevelse av trygghet hade stor betydelse under pågående palliativ hemsjukvård. Döden och döendet var ett ständigt hot, som bidrog till utsatthet och ensamhet såväl för patienterna som närstående. I denna svåra situation beskrev informanterna att den palliativa hemsjukvården kunde underlätta upplevelse av trygghet – vara en trygg bas. Detta skedde genom att man kände tillit till personalen (via t.ex. tillgänglighet och kompetens), att man kände sig sedd som individ och välkommen att vända sig till den palliativa hemsjukvården med behov man hade. Det var viktigt att patienten fick bra hjälp med symptomlindring, och också att den närstående fick stöd att må så bra som det gick i den här svåra situationen. Att ha en vardag i hemmet och känna sig förberedd var också betydelsefulla aspekter som bidrog till upplevelse av trygghet. Närstående uttryckte även vikten av att kunna göra gott för den som var svårt sjuk samt att den palliativa hemsjukvården avlastade från betungande ansvar. Den underliggande betydelsen av palliativ hemsjukvård som en trygg bas handlade om att kunna känna ett inre lugn med kontroll, att trots den svåra och totalt förändrade livssituationen, känna att man i någon mening kunde fortsätta vara sig själv och känna hopp, även om det inte längre handlade om bot eller förlängt liv.

DISKUSSION:

Viktiga aspekter av den palliativ hemsjukvårdsprocessen som en trygg bas identifierades med implikationer för klinisk praxis inkluderande målsättningar, vårdkvalitet och hur vården kan möta behov hos personer med olika anknytningsstilar.

F62 Olika mål för fortsatt vård – en metod att finna en fungerande lösning för patient och närstående.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Ulla Molander, vårdenhetsöverläkare, Inger Benkel, kurator, Ewa Klockare, Vårdenhetschef, Anne-Marie Westman, sjuksköterska Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

BAKGRUND:

Vid en kaotisk situation som patienten inte kan hantera, när patient och närstående har olika uppfattningar om fortsatt vård efter sjukhusvistelsen eller om det finns relationsproblem kan det försvåra processen att finna ett gemensamt mål.

En metod har utarbetats för att hjälpa patienten och närstående.

METOD:

Teamet utser några få ansvariga runt patienten, oftast är det patientansvarig sjuksköterska, läkare och kurator. De tar hand om alla frågor kring planeringen för att minska risken för missförstånd, för att målet med vården ska bli tydlig.

De ansvariga utreder hur patienten och/eller närstående ser på problemen, hur de kommunicerar och vilken lösning var och en har. Därefter bedöms vilka åtgärder som behövs. Vanliga åtgärder för att komma vidare i processen kan vara

- planerade och återkommande samtal
- information om vad som kan påverka planeringen, både som tillgång och/eller hinder ur medicinskt, fysiskt, psykiskt, socialt perspektiv
- tid till egna funderingar
- information om att sjukdomen kan förändra de förutsättningar som fanns från början och att planerings processen förändras utifrån aktuellt status.

RESULTAT:

Metoden har hjälpt patienter och/eller närstående att finna en lösning som de kan acceptera, känt att de varit delaktiga i och kunnat påverka hur planeringen ska fortgå. Beslutet patienten och närstående kommer fram till känns därmed acceptabelt.

Genom att få personer är ansvariga för planeringen, ger man lugn och ro till de övriga i teamet att ägna sig åt omvårdnaden om patienten.

DISKUSSION:

När det är en svårt för en patient och närstående att hantera en kaotisk situation och/eller det finns olika uppfattningar om planeringen efter sjukhusvistelsen, är det bra att lyfta ut den processen och låta några få personer ansvara för detta. Dessutom ger metoden en tydlighet att planeringen fortskrider trots att det slutgiltiga målet för utskrivningen ibland inte blir fastställt för- rån ganska nära inpå utskrivningen.

F28 Strategies for maintaining hope close to death: an interview study of patients in palliative home care.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Louise Olsson*, RNT, PhD student, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Campus Norrköping, Linköping University, SE 601 74 Norrköping, Sweden, Gunnel Östlund PhD, senior lecturer social work, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Campus Norrköping, SE 601 74 Norrköping, Sweden

Peter Strang, MD, PhD, Prof. Karolinska Institutet, FoUU, Stockholms sjukhem, Mariebergsgatan 22, SE 112 35 Stockholm, Sweden, Eva Jeppsson Grassman, PhD, Prof. NISAL, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Campus Norrköping, SE 601 74 Norrköping, Sweden, Maria Friedrichsen, Lecturer, SRN, PhD, Ass. Prof. Palliative Education and Research Center Unit of Palliative Care, Vrinnevi Hospital, Sweden Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Campus Norrköping SE 601 74 Norrköping, Sweden

BAKGRUND:

A changeable hope over time has been identified among palliative care patients.

In this paper the strategies patients in palliative home care use to maintain hope is described.

METOD:

The method used is Grounded Theory and the patients have described their way of handle hope through interviews and a diary in the palliative phase.

RESULTAT:

Two main strategies emerged maintaining life and preparing for death which patients used. When patients tried to maintain life, one sub-strategy used, was to uphold meaning of life, which was expressed through describing that the responsibility of hope was solely their own. Another sub-strategy was to communicate about life in relation to death which seem to give them perspective on life as viewing their own situation with others eyes. The third sub-strategy was to involve fellow travellers. To bring along people from the social and professional network, who gave security and kept them close to life, by caring and being there for them. Lastly the fourth sub-strategy was to change focus when risking losing too much hope in the present situation. The patients stepwise approached death and in preparing for death one sub-strategy found was to be active in preparing for the future by bring up who should handle major responsibilities in life for the loved ones when death arrived. The second sub-strategy was to stay on the edge of death and get so to speak used to death taking the isthmus of death and to make death less fearful. The third sub-strategy was to create time as a way to win or save the precious time. Patients used a combination of maintaining life and preparing for death strategies, which seem to be interdependent.

DISKUSSION:

Health professionals require increased knowledge regarding strategies which the individual patient used to maintain their hope.

F13 Spridd cancer med okänd primärtumör – erfarenheter efter sex års arbete

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Margareta Randén, M.D. PhD.,

Maria Helde Frankling M.D,

Peter Gunvén M.D. Ph.D.

Onkologkliniken Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm

BAKGRUND:

Trots förfinad diagnostik, drabbas ca 1500 individer per år i Sverige av en spridd malignitet med okänd primärtumör. Den vedertagna benämningen är CUP- Cancer of an unknown primary tumour. CUP definieras som en morfologiskt verifierad malignitet, där tumörens mikroskopiska utseende inte överensstämmer med det hos en primärtumör från den involverade regionen, och där primärtumören förblir oupptäckt trots noggrann utredning. Gällande tumörformen finns få vetenskapliga studier. Evidensen för utredning, behandling och omvårdnad är låg. Patienterna far ofta illa då det saknats etablerad vårdkedja för dem.

METOD:

För att förbättra omhändertagandet av dessa oftast palliativa patienter finns sedan 2003 en mottagning för dem på Onkologkliniken Karolinska Universitetssjukhuset. 2003-2008 omhändertogs 439 patienter multidisciplinärt och multiprofessionellt. Vi har retrospektivt studerat olika variabler och relaterat dem till överlevnad.

RESULTAT:

Från remissankomst till nybesök förflöt två veckor (medel 7,9 arbetsdagar). Utredningstiden var i snitt ca 6 veckor (medel 28,6 arbetsdagar). Hos 215 patienter hittades ingen primärtumör. När en primärtumör diagnostiserades befann den sig oftast i lungan eller övre gastro-intestinalkanalen. De flesta patienter hade tobaksanamnes. Hos patienterna med äkta "CUP" var vanliga metastaslokaler lymfkörtlar, skelett, lever och lunga. 16 % hade metastaser i peritoneum, drygt 10 % i binjurar och knappt 18 % i övriga ovanliga metastaslokaler. Adenocarcinom var den överlägset vanligaste tumörtyper. Smärta, viktnedgång och trötthet drabbade de flesta av patienterna och fordrade redan vid utredningsstart palliativa insatser. Dessa symtom liksom kön, ålder, histopatologi, antalet metastaslokaler, metastaslokalisering, LD, albumin och Hb relaterades till en mycket begränsad överlevnad hos våra patienter. Enstaka patienter botades eller blev långtidsöverlevare.

DISKUSSION:

Patientgruppen har blivit styvmoderligt behandlad genom åren. Även om enstaka identifierbara patientgrupper med denna diagnos har en bättre prognos, kräver både de och de obotliga patienterna en mångfald av understödjande åtgärder. Vi har med vår mottagning i Stockholm försökt att förbättra vårdkedjan för dessa patienter.

F60 "Kvalitet i livets slutskede - palliativ vård för äldre på vård- och omsorgsboenden"

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Christina Riddebäck, projektledare, Stockholms läns landsting,
 Britten Askerstad, ASiH Handen,
 Inger Fridegren, ASiH Nacka,
 Raakel Kuusiniemi, Solna Resursteam,
 Ingeli Simross, ASiH Bylegård,
 Marie Walheim, Löwet Närvård,
 Mary-Jane Windus, Stockholms Sjukhem,
 Jane Österlind, ASiH Erstadiakoni
 Berit Seiger Cronfalk, projektledare, utvärdering, FOU Äldre Norr.

BAKGRUND:

Äldre personer på vård- och omsorgsboende är ofta multisjuka och i behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Erfarenheter visar att det finns ett ökat behov bland samtliga yrkeskategorier att lära mer om vård, omsorg och förhållningssätt i palliativ vård. Våren 2007 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholm in en ansökan till Socialstyrelsen om stimulansmedel till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg för äldre. I ansökan söktes medel till utbildningsinsatser för samtliga personalgrupper vid vård- och omsorgsboende för äldre. Medel om totalt 20 miljoner kronor har beviljats.

METOD:

Totalt tillfrågades 26 kommuner/stadsdelar om att delta i projektet. Åtta kommuner och fyra stadsdelar (72 boenden) deltar. Data samlas från Stockholms läns landsting, Svenska palliativregistret, via personalenkäter, intervjuer med personal och chefer (kommun/stadsdel) samt med läkare och delprojektledare (Stockholms läns landsting).

RESULTAT:

Insamling, bearbetning och analys av data pågår och genomförs av FOU äldre norr. Slutrapport presenteras i september 2011.

DISKUSSION:

Syftet med projektet är att testa olika utbildningsmodeller för att öka personalens kunskap i palliativ vård. Ett antagande är att personalens ökade kunskapsnivå bör resultera i förbättrad livskvalitet för den äldre.

F16 Upplevelser av existentiell ensamhet inför egen, annalkande död

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Lisa Sand, socionom, med.dr. FoUU-enheten, Stockholms Sjukhem, Karolinska Institutet och
 ASiH Långbro Park
 Peter Strang, professor. FoUU-enheten, Stockholms Sjukhem och Karolinska Institutet

BAKGRUND:

Beskedet om obotlig sjukdom medför en existentiell kris. I föreliggande delstudie har känslor och upplevelser av existentiell ensamhet hos palliativa cancerpatienter, som är förknippade med denna kris, undersökts.

METOD:

20 patienter i avancerad hemsjukvård har djupintervjuats. Samtliga var svenskar och definierade sig själva som icke religiösa. Intervjuerna bandades, transkriberades och analyserades med hjälp av hermeneutik.

RESULTAT:

Bearbetade data vittnar om upplevelser av existentiell ensamhet som hade sin primära upprinnelse i den annalkande döden. Patienterna beskrev olika förändringar som hade ägt rum under sjukdomstiden; vardagliga, känslomässiga, kroppsliga och existentiella. Dessa hade medfört att en del av det skydd mot existentiell ensamhet som ett friskt liv erbjuder, hade försvunnit. Detta gjorde dem sårbara när de konfronterades med det som direkt eller indirekt påminde dem om den annalkande döden och konsekvenser av denna. Olika situationer och händelser, som fungerade som utlösande faktorer för den existentiella ensamheten, beskrevs. Det kunde vara när man blivit lämnad ofrivilligt ensam, när man blivit ovärdigt bemött eller när människor dragit sig undan för att de verkat rädda. Den förändrade kroppen och en förändrad sinnesstämning kunde göra att man kände sig främmande och ensam också inför sig själv. Detta medförde en ökad känslighet för hur den egna kroppen bemöttes och behandlades av andra. När någon berört den egna kroppen på ett icke empatiskt sätt kunde detta framkalla känslor av att man var, inte en människa i gemenskap med en annan människa, utan ett djur.

DISKUSSION:

Döden är den händelse som mer än någon annan aktualiserar människans existentiella ensamhet. Denna form av ensamhet är följaktligen vanlig vid den existentiella kris som väcks vid obotlig sjukdom. Resultaten i föreliggande studie visar att det vid livshotande sjukdom inte alltid går att skilja ut kroppsliga upplevelser och reaktioner från själsliga och vice versa. Därför är det nödvändigt att olika yrkesprofessioner finns representerade i ett palliativt team.

F63 Lokalt vårdprogram. Nutrition i palliativ vård.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Lena Söderberg, ssk, Åsa Hedlund, spec. ssk i cancervård och Margareta Persson, geriatriker, Ersta Hospice/ASIH.

BAKGRUND:

Inom Ersta Hospiceklinik finns en vårdavdelning med 20 platser och en hemsjukvård/ASIH med 100-120 anslutna patienter. Patienterna befinner sig i ett tidigt eller sent palliativt skede av sin sjukdom, enstaka har en kurativt syftande onkologisk behandling. Majoriteten av våra patienter har problem relaterade till nutritionen. Hösten 2009 beslöt vi oss för att undersöka vad som fanns skrivet om nutrition i palliativ vård som grund för ett lokalt vårdprogram. Målet var att öka patienternas livskvalitet, förebygga malnutrition samt öka patientens delaktighet i all nutritionsbehandling.

METOD:

Vi har sökt på Cochrane Library, Pub Med, i litteraturen, konsulterat experter såsom dietister verksamma inom den onkologiska vården och onkologer, intervjuat tio likvärdiga palliativa enheter angående lokala vårdprogram, samt utgått ifrån egna erfarenheter i vår sammanställning av ett eget vårdprogram.

RESULTAT:

I litteraturen och hos de experter vi konsulterat, fann vi både vetenskapligt och empiriskt grundade fakta kring nutritionsbehandling/råd till onkologiskt svårt sjuka individer, inklusive råd kring omvårdnadsaspekter och symtomlindring. Cochrane- och Pub Medsökningarna visade få randomiserade kontrollerade studier med utfall på livskvalitet eller förlängt liv. Endast en av de kontaktade palliativa enheterna hade ett utarbetat lokalt vårdprogram inom palliativ nutrition, olika PM fanns för symtomlindring av nutritionsproblem t.ex. illamående.

DISKUSSION:

Att sammanställa ett vårdprogram för nutrition i palliativ vård var svårare än vi hade räknat med. Många av nutritionsåtgärderna i den palliativa vården är inte grundade på vetenskapliga studier, dvs inte utvärderade. Vi ser vårt utarbetade vårdprogram som start på ett dokument vilket behöver kontinuerlig uppdatering.

Vi tror framtiden bör innehålla ett ökat samarbete mellan de palliativa enheterna samt med hemtjänsten som levererar maten.

Vi tror det behövs mer kunskap kring hur vi som team kan sätta patienten i centrum i all nutritionsintervention.

Vi efterlyser forskning kring utvärderingsparametrar av nutritionsåtgärder, samt kring kopplingen mellan onkologiskt behandlingsresultat, nutritionsåtgärder och livskvalitet.

F61 Blir patienterna symptomlindrade av blodtransfusioner? En utvärdering av 30 transfusioner i avancerad hemsjukvård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Kerstin Unnerstedt, leg sjuksköterska, Sjukvårdsteamet i Uppsala

Ulla Martinsson, överläkare, Sjukvårdsteamet i Uppsala och Akademiska sjukhuset, Onkologikliniken, Uppsala.

BAKGRUND:

Blodtransfusioner är mycket tidskrävande inom avancerad hemsjukvård, eftersom sjuksköterskan måste vara kvar hemma hos patienten under hela transfusionen. Det är därför viktigt att kunna utvärdera effekten, så att man inte slentrianmässigt fortsätter att transfundera patienter sedan de inte längre har någon nytta av behandlingen.

METOD:

Februari 2008 – januari 2009 utvärderade vi 30 transfusioner på patienter inskrivna i avancerad hemsjukvård i Uppsala och Knivsta kommuner (Sjukvårdsteamet). Vi mätte Hb-värdet före transfusion samt efter tre dygn. Patienterna fick besvara ett ESAS-formulär under pågående transfusion samt efter 1½, 3 och 4½ dygn. ESAS innebär självskattning av intensiteten av smärta, orkeslöshet, illamående, nedstämdhet, ångest/oro, trötthet, aptitlöshet och nedsatt välbefinnande vid tillfället för ifyllandet av formuläret samt smärtintensiteten det senaste dygnet. Skattningen skedde genom att patienten satte ett kryss på en 100 mm lång vågrätt linje (VAS-skala). Kryssets placering mättes sedan av oss med linjal och angavs i mm. När vi beräknade förbättringarna, använde vi det lägsta värdet efter transfusionen.

RESULTAT:

Medelvärde för Hb före transfusion var 93 g/l (median 96, 71-103) och efter transfusion 114 g/l (median 116, 92-134). Överlevnaden efter transfusionen var i medeltal 104 dagar (median 97 dagar, 11-316 dagar) Två patienter lever fortfarande efter 316 resp 254 dagar. Många patienter hade låga VAS-värden redan före transfusionen, vilket gjorde att medelvärdet av förbättringarna ofta bara var marginella. De enda symptom, där förbättringarna i medeltal var >10 mm var orkeslöshet (21 mm), andfäddhet (17 mm), trötthet (13 mm) och aptitlöshet (13 mm). Om man däremot bara räknar på de patienter som initialt hade VAS-värden >34 mm blev förbättringarna i medeltal 24-42 mm för de olika parametrarna. De 11 patienterna med andfäddhetsskattning >34 mm minskade sin VAS-skattning i medeltal 42 mm. Motsvarande siffror för orkeslöshet (15 patienter) var 40 mm och för ångest/oro (7 patienter) 38 mm.

DISKUSSION:

ESAS-formuläret kan vara en hjälp i utvärderingen av effekten av blodtransfusioner i de fall när patienten har höga utgångsvärden för någon eller några parametrar.

F57 Att dela livet och döendet - en balansakt mellan utsatthet och trygghet. Undersköterskors upplevelser av att arbeta som vak hos döende personer

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Birgitta Wallerstedt sjuksköterska, doktorand i vårdvetenskap, Örebro universitet

Birgitta Andershed, docent, Örebro universitet och Ersta Sköndal högskola

Eva Benzein, professor, Linnéuniversitetet och Ersta Sköndal högskola

BAKGRUND:

Många studier beskriver familjers behov av stöd och avlastning vid vård i livets slutskede. Olika former av avlastande vård finns som t.ex. dagvård eller vak i hemmet. I en svensk kommun har en speciell vakorganisation byggts upp där 23 undersköterskor ingår. När behov av vak i hemmet uppstår lämnar undersköterskan sitt ordinarie arbete och stannar sitt arbetspass hos patienten/familjen. Vak kan erbjudas dygnet runt, i privata hem eller på vårdboenden och innefattar vård av patienten men också stöd till familjen. Undersköterskorna har förberetts genom utbildning (40 tim) i palliativ vård. Det saknas studier om undersköterskors arbete i palliativ vård och om vad det kan innebära att arbeta som vak hos döende personer och deras familjer. Syftet är att beskriva undersköterskors erfarenheter av att arbeta som vak hos döende patienter.

METOD:

Data samlades in med hjälp av fokusgruppsintervjuer med totalt sjutton undersköterskor och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT:

Att arbeta som vak innebar en balansakt (huvudtema) mellan trygghet och utsatthet (sub-tema). Trygghet upplevdes genom att arbeta i partnerskap, att få uppskattning samt i professionell och personlig utveckling. Utsattheten innebar att hantera närhet och distans, att medla, att ha ansvar och känna skuld, att uppleva hinder för att göra gott, att hantera ensamheten i arbetet och påverkan på privatlivet (kategorier).

DISKUSSION:

Undersköterskorna var generellt trygga i sina arbetsuppgifter som vak trots utsatthet i olika situationer. Detta kan relateras till erfarenhet och utveckling, väl anpassade förberedelser för arbetsuppgifterna och ett fungerande stöd både under vårdförloppet och efter dödsfallet. I palliativ vård beskrivs ofta patienter eller närstående som utsatta (etiskt/utifrån perspektiv) men inte så ofta vårdpersonal. Ett emiskt perspektiv (innifrån) visar dock på en ömsesidig utsatthet i vårdrelationen mellan personal och patient. En terapeutisk handling kräver utsatthet och ett personligt risktagande vilket också kan vara utvecklande.

F26 Antecipatorisk sorg hos närstående till personer med demenssjukdom

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Helle Wijk Leg sjuksköterska, Docent, Sahlgrenska akademien Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs

Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Grimby A Leg psykolog, Med Dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Geriatrik

BAKGRUND:

Antecipatorisk sorg innefattar den slags sorg som föregår en stundande förlust av anhöriga. Vetskapen om närståendes sjukdom i exempelvis demenssjukdom kan sätta igång sorgprocessen medan livet ännu pågår. Närstående genomlider gradvis förlusten av livskamratens personlighet, tankeförmåga och olika fysiska funktioner. Studien Tusen änkor visade, att den anticipatoriska sorgperioden var den svåraste för 4 av 10 både yngre och äldre änkor. Resultaten antydde också att bland dessa tusen änkor använde var tredje alkohol för att dämpa sorgen, var femte använde dessutom lugnande läkemedel. De äldre änkorna minskade också sina fysiska aktivitetsvanor. Vi tror att bland de tusen änkorna finns många vars makar avlidit i någon demenssjukdom. Syftet med denna studie var att undersöka reaktioner hos anhöriga till personer med demenssjukdom.

METOD:

Anticipatory Grief Scale (AGS), en skattningsskala för anticipatorisk sorg, besvarades av 53 kvinnor och män vars nära anhöriga hade diagnosen demens. AGS är ett frågeformulär med 27 olika påståenden om reaktioner och känslor före närståendes förväntade död och har använts bl.a. i demensstudier och undersökningar inom palliativ vård.

RESULTAT:

Av dem som deltog i studien var en tredjedel maka eller make till den demente. De resterande var antingen den sjukes barn eller syskon. Tabell 1 visar, att nästan alla sade sig stå väldigt nära eller nära den sjuke. Många dagdrömde om livet före sjukdomen, tre av fyra upplevde sig ha tankar som upptogs av den närstående. Nästan alla kände saknad av personen som han eller hon varit före demenssjukdomen. Två av tre kände sig ensamma och hade svårigheter att acceptera sjukdomen och lika många hade behov av att tala med andra om den. Hälften hade koncentrationssvårigheter och nästan lika många kände ilska över sjukdomen. Många hade nära till tårarna, tyckte det var orättvist att deras närstående drabbats av demens och upplevde att ingen skulle kunna ersätta honom eller henne. Emellertid sade sig merparten ha anpassat sig till situationen och kunde gå vidare med sitt liv. Tre av fyra sade sig fungera lika bra som före den närståendes demensdiagnos och hade upptäckt nya krafter hos sig själva efter diagnosen. De flesta uppgav sig ha de krafter som krävdes för att klara av den närståendes sjukdom. Ju närmre relation man hade till den sjuke/sjuka, desto större var känslan av ensamhet, närhet till gråten och behovet av samtal, men också en ökad känsla av kraft. Fler av makarna rapporterade stor ensamhet jämfört med andra släktingar. De hade också större sömnproblem och var mer ointresserade av att uppehålla dagliga aktiviteter.

DISKUSSION:

I detta urval av anhöriga verkade den anticipatoriska sorgen vara emotionellt påfrestande för dem som var mest knutna till den sjuke/sjuka, framförallt äkta makar. Samtidigt som de närstående verkade kunna mobilisera nya krafter för att klara situationen, tycks de försumma sig själva. De hade också mer återkommande känslor av ensamhet och andra dagliga problem, t.ex. sömnsvårigheter. Resultaten påvisar behov av framtagning av program för stödjande insatser - inte bara efter, utan även före förlusten av nära anhörig.

F14 Sederig vid parenteral symtomlindrande behandling vid vård i livets slut. Erfarenheter från specialiserad palliativ vård.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Ulla Zachrisson, överläkare Stockholms Sjukhem. Carl Johan Fürst, professor, överläkare, Stockholms Sjukhem

BAKGRUND:

Patienter med obotliga, dödliga sjukdomar uppvisar ofta en mängd olika symtom. Under den sista levnadsveckan utgör behandling av ångest, oro, andnöd, förvirring och smärta en central del av vården. I livets absoluta slutskede är det ofta svårt att med peroral administrering uppnå optimal symtomlindring. Patienten har då ofta sväljningssvårigheter, kan ej längre ta sina tabletter, kanske har en sänkt medvetandegrad och kan ofta endast dricka små klunkar vatten. Detta föranleder parenteral administrering med fördel i form av kontinuerlig infusion via läkemedelspump, vanligtvis subcutant, i enstaka fall intravenöst. För att få en fullgod symtomlindring kan det ibland krävas höga doser av läkemedel vilket som biverkning kan leda till att patienten blir sederad. Målsättningen är fullgod symtomlindring med så lätt sederig som möjligt.

SYFTE:

Syftet med undersökningen var att se i vilken omfattning och på vilka indikationer vi har givit avancerad symtomlindring med mer eller mindre sederande effekt den sista veckan i livet, vilka läkemedel som använts och i vilka doser. Dessutom i vilken utsträckning vi använt läkemedelspumpar med flera läkemedel samtidigt.

METOD:

Retrospektiva journalgenomgångar avseende samtliga patienter (2001, 2006) och eller slumpvis utvalda patienter (1999, 2007, 2008) som avlidit på en och samma avdelning och som vårdats minst 5 dygn före döden, inom Palliativa sektionen på Stockholms Sjukhem.

RESULTAT:

Preliminära resultat visar att andelen patienter med benzodiazepinbehandling subcutant (Stesolid/Midazolam) har ökat från 15 till 63 % men att medeldosen Midazolam 2001-2008 per 24 timmar har minskat från 50 till 25 mg per 24 timmar. Andelen patienter som är medvetandesänkta med Midazolam >10 mg per 24 timmar, men väckbara under livets sistas dagar är relativt konstant (75-80%).

DISKUSSION:

En klar trend är att vi ger avancerad symtomlindring med lätt sederande effekt till en större andel av patienterna. Medeldoserna per dygn med t ex Midazolam har samtidigt blivit lägre och kombinationerna av olika läkemedel alltmer förfinade och individualiserade.

F10 Samtalsgrupper för närstående till patienter med sjukdomen ALS - erfarenheter och resultat

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Kerstin Åkerlund (1), Margareta Klamán (1,2) och Mariann Olsson (2,3)

1) ALS-teamet, Råd- och Stödenheten, Neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

2) Kuratorskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

3) Sektionen för psykosocialt arbete, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm.

BAKGRUND:

Samtalsgrupp för närstående är ett väl beprövat arbetssätt, vilket innebär dels ett indirekt stöd till patienten och dels ett direkt stöd till de närstående. När det gäller ALS, där närstående har en stor stresspåslagring, har det funnits samtalsgrupper i Sverige, men vi har inte sett någon utvärdering. Att få träffa andra närstående efterfrågades på vår klinik från närstående själva. ALS-teamet utvecklade samtalsgrupper med syftet att erbjuda en mötesplats för deltagarna och öka deras livskvalitet trots sjukdom i familjen.

METOD:

Vi inbjöd dels till grupp för make/maka, dels för vuxna barn för att känslan av samhörighet skulle vara större i separerade grupper. Två socionomer med vana av arbete med grupper var ledare. Gruppträffarna hade inga förutbestämda teman utan följde de behov som var aktuella för deltagarna. Utvärderingsinstrumentet valdes utifrån det salutogena perspektivet. Utvärderingen gjordes muntligt i slutet av varje träff och med hjälp av KASAM 3, som fylldes i vid första gruppträffen och efter avslutad samtalsgrupp. Efter två år har erfarenheterna sammanställts.

RESULTAT:

Sex samtalsgrupper har genomförts (tre för make/maka och tre för vuxna barn). Teman har varit: olika sätt att hantera en svår utdragen process, praktiskt och känslomässigt, att leva med sjukdomen ALS, som obönhörligen leder till livets slut, olika reaktioner och sätt att känslomässigt skydda sig.

Gruppdeltagarna hade generellt sett medel - starkt KASAM före gruppstart. I make/makagrupperna ökade medianvärdet medan det i grupperna för vuxna barn minskade något. Förändringen inom dimensionen begriplighet verkar vara det avgörande.

DISKUSSION:

Behovet för vuxna barn respektive för make/maka skilde sig markant åt, och de unga vuxna barnen var särskilt sårbara. När det gäller gruppdeltagandet kan det vara så att det är personer med stark KASAM som anmäler sig till samtalsgrupper? Därför anser vi att individuella samtal och samtalsgrupper för närstående är lika viktiga arbetsformer och inte utbytbara mot varandra.

F24 Palliativ omvårdnadsutbildning för hemtjänsten

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Berit Ålstig, Helena Nordgren, Jonas Jälmlant, Distriktssköterskor Mellanbygdens hälsocentral, Västerbottens län.

BAKGRUND:

Vi beslutade oss för att sammanställa ett informationshäfte/utbildningsmaterial med inriktning mot hemtjänsten i våra kommuner. Idén till detta fick vi från Robertsfors kommun som utarbetat en utbildning riktad till personalen i Särskilt boende (SÄBO) och de unika förhållanden de möter i sitt arbete. Hemtjänsten spelar en oerhört viktig roll då de är vår förlängda arm i arbetet med personer som befinner sig i livets slut och vårdas i hemmet. Tyngdpunkten lades på praktiska åtgärder vid symtomlindring som kan underlätta både för patienten och närstående, men som ligger utanför det rent medicinska området. Både för personal och anhöriga är det viktigt att känna trygghet och att vara välinformerad eftersom det leder till ett ökat lugn runt den sjuke. Eftersom vi tror att allt fler i framtiden kommer att välja att avsluta sina dagar i hemmet där den avancerade hemsjukvården inte är inkopplad anser vi att detta är av särskilt stor vikt. "Man dör inte för att man slutar äta, man slutar att äta för att man är döende" var en mening som kännetecknade diskussionerna.

METOD:

Två personer från Robertsfors kommuns palliativa grupp informerade oss om deras program som vi sedan tog del av och modifierade för att passa åtgärder i hemmet. Även Östergötlands palliativa kompetenscentrum har lånat ut sitt informationsmaterial. Dessa sattes ihop till ett kompendium som delades ut till samtliga deltagare. Två distriktssköterskor ansvarade för varje undervisningstillfälle, vilka ägde rum på eftermiddagar och varade ca 2,5 till 3 timmar där fika och diskussioner ingick. Deltagarantalet begränsades till ca 10 personer så att alla skulle känna sig trygga i diskussionerna. Utbildningen, som vände sig till fast anställd personal, genomfördes under våren 2009 och mötte stort intresse. Deltagare var sammanlagt ca 70 personer från hemtjänst och rehabpersonal samt enhetschefer. Materialet visades som Powerpoint-presentation.

RESULTAT:

Vid varje tillfälle gjordes en utvärdering där deltagarna tilläts vara anonyma. Gensvaret var övervägande positivt, samtliga deltagare svarade att de kunde använda materialet i sitt arbete. Det förekom även önskemål om fördjupning. Vi upplevde i samband med ärenden som ägt rum efter denna utbildning att personalen uppvisat en större trygghet, vilket underlättat oerhört för oss alla. En kommentar från utvärderingarna var "svårare med allt i hemtjänsten än i SÄBO", vilket vi anser säger en hel del om hur stor vikt personalen i hemtjänsten lägger vid utbildning. Frågan uppstod under utbildningens gång hur man bör följa upp och stötta varandra både under arbetet och efteråt. Beslut togs att vid omvårdnadsträffarna, som alla yrkeskategorier deltar i en gång per vecka, lyfta fram dessa frågor för att handleda och stötta varandra.

DISKUSSION:

Syftet med utbildningen var att göra samtliga inblandade kring en svårt sjuk patient mer trygga. Vi anser att utbildningen har varit positiv för vårt samarbete med hemtjänsten och vi blev uppmärksamma på skillnaderna mellan de olika arbetslagen inom hemtjänsten samt fick ett otroligt bra utbyte av varandras erfarenheter. Som distriktssköterskor har vi ett stort ansvar för att vården i hemmet är välfungerande. Eftersom detta är ett område som ständigt förändras och utvecklas är det mycket viktigt att vi kontinuerligt uppdaterar oss själva och delar med oss av vår kunskap till hemtjänsten.

F25 Utvärdering av "Basutbildning i palliativ vård i livets slutskede" – kan en halv dag göra skillnad?

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Eva Åstradsson leg ssk, Palliativt kompetenscentrum i Östergötland (PKC)

BAKGRUND:

Drygt 40 % av alla dödsfall sker inom kommunala boendeformer och 1/3 på sjukhus. Även om palliativ vård i livets slutskede (PV) är av högsta prioritet kommer inte vårdinnehållet alla till del. Flera uppföljningar av Socialstyrelsen har bland annat pekat på brister avseende medicinska insatser, bemötande och information i livets slutskede.

PKC har sedan 2004 satsat på att kompetensutveckla all personal inom ämnesområdet, i en så kallad "basutbildning". Hittills har 7000 personer inom landstinget och länets 13 kommuner utbildats. Även om kursutvärderingarna har varit positiva har frågan väckts om utbildningens eventuellt mer långsiktiga avtryck.

METOD:

Direkt efter genomgången utbildning fick deltagaren besvara en enkät med tio allmänna påståenden om PV. Ytterligare en enkät skickades ut tre månader efter interventionen (ett basutbildningstillfälle) till de deltagare som accepterade deltagande i studien (329 personer) från primärvård och kommunal vård/omsorg. Enkäten innehöll de tio allmänna påståenden (som jämfördes med tidigare enkät) samt fem kryssfrågor om vården av den döende på respektive arbetsplats förändrats efter utbildningen och dessutom strukturerade öppna frågor. Data analyserades med mixad metodologi.

RESULTAT:

Svarsfrekvensen var 134/329 (41 %). Den dominerande arbetsplatsen var kommunal/privat vård och omsorg 123/134 (92 %), 12/134 (8 %) var landstingsanställda. Undersköterskor och sjukvårdbiträden var i majoritet 110/134 (82 %), 4/134 (3 %) var läkare och 12/134 (9 %) var sjuksköterskor. Antal yrkesår varierade från < fem år 27/134 (20 %) > 40 år 1/134 (<1 %). 78/134 (58 %) hade stort intresse för palliativ vård (fem på en femgradig skala). Vid en jämförelse av de tio allmänna påståendena mellan de olika undersökningstillfällena hade 64/134 (48 %) bibehållit/förbättrat sin kunskap. Kvalitativ innehållsanalys pågår och visar preliminärt på förbättrad kommunikation på en del arbetsplatser och en fördjupad insikt i PV. På andra arbetsplatser har inte utbildningen förändrat vården av den döende med fortsatta brister i teamarbetet.

DISKUSSION:

Svarsfrekvensen var låg. Intresset från läkare och primärvårdsanställda var svalt. De som svarat var mycket intresserade av palliativa vårdfrågor och som regel omvårdnadspersonal men de saknar engagemang från andra yrkeskategorier exempelvis önskan att få brytpunktsbedömning gjord av läkare.

F23 ”Som en främling i en okänd kultur – äldre personers erfarenheter av livets slutskede på vård- och omsorgsboende”

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Jane Österlind, Med dr, leg ssk, Enheten för forskning om vård i livets slutskede Ersta Sköndal högskola

BAKGRUND:

Att flytta till och leva den sista tiden i livet på vård och omsorgsboende innebar en transition som präglas av oväntade händelser som akut sjukdom eller plötslig försämring i en tidigare sjukdom. Flytten förändrar och begränsar den äldres personliga sfär, orsakar uppbrott från det invanda och tidigare invanda rutiner, bekanta normer och värderingar utmanas och utgör ett hot mot den äldres självbild.

Syftet med denna studie har varit att fördjupa kunskapen om hur äldre personer upplever livet nära döden på vård- och omsorgsboende.

METOD:

Sex äldre personer boende på vård- och omsorgsboende i ålder 77- 97 intervjuades individuellt upprepade gånger över tid. Totalt 16 intervjuer genomfördes. Data analyserades med hermeneutisk metod.

RESULTAT:

De äldre levde i en existentiell gränssituation. De äldre beskrev en livssituation som präglades av tystnad och av utanförskap. De befann sig i en för dem främmande och okänd kultur, avskärmade från omgivningen där livet mest innebar en väntan på döden. Samtliga var medvetna om att det tidigare hemmet inte längre kunde erbjuda dem trygghet. Att bo kvar hemma var således inte ett realistiskt alternativ. De äldre kände både en tacksamhet över att ha beviljats plats på vård- och omsorgsboendet, samtidigt som de kände en sorg över att inte kunna bo kvar hemma.

DISKUSSION:

De äldre befann sig i flera samtidigt pågående transitioner där väntan på döden var den mest omvälvande. De äldre levde i vad som kan beskrivas som en tillvaro av existentiell hemlöshet. Samtidigt som de äldre kände sig sårbara så framträdde i intervjuerna såväl styrka som kraft. En styrka med vilken de äldre trots svårigheter skapade mening i vardagen. Det finns en risk att denna styrka inte tas tillvara för att omgivningen är mer fokuserad på den äldres skröplighet än på personers inneboende förmåga och kraft.

P38 PLANERINGSSAMTALET – grunden för en individuell planering.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Inger Benkel, kurator; Gunhild Hultberg, undersköterska; Maria Karlsson, undersköterska; Ewa Klockare, vårdenhetschef; Ulla Molander, vårdenhetsöverläkare; Elsy Samuelsson, sjuksköterska; Palliativa enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

BAKGRUND:

Palliativa patienter är personer som befinner sig i en mycket speciell situation vilket även medför speciella behov. Genom att tidigt under vårdtillfället erbjuda patient och närstående ett planeringssamtal där de får berätta om patientens sjukdom, hur den senaste tiden sett ut och vilka tankar de har om framtiden får de ett utökat inflytande över vården och planering efter sjukhusvistelsen.

METOD:

Vi har medvetet arbetat för att skapa struktur för vårdplaneringen där såväl patient som närstående involveras tidigt, inom tre dagar. Där ges de möjlighet att beskriva vad de har för långsiktigt mål och vad de behöver hjälp med i nuläget. Innehållet i samtalet omfattar vissa områden och har en speciell struktur som ram men genomförs som ett samtal. Patienten bestämmer vilka närstående som ska närvara. Sjuksköterska, undersköterska och kurator deltar. När behov av medicinsk information framkommer erbjuds ett snart läkarsamtal.

RESULTAT:

Planeringssamtalet innefattar en beskrivning av den hjälp som kan ges på avdelningen och hur planeringsprocessen sker. Detta skapar trygghet då patient och närstående känner sig delaktiga och ges möjlighet att påverka, vilket medför att utskrivningen upplevs positivt och sker till rätt vårdnivå/ rätt boendeform. För personalen blir planeringssamtalet en möjlighet att se patientens och närståendes behov tidigt, ger information om hur de fungerar tillsammans och vad de har gått igenom. Allt detta sammantaget ger en bild, viktig för att kunna ge en personlig vård.

DISKUSSION:

Planeringssamtalet är ett instrument för att patienter och närstående ska känna sig delaktiga och få möjlighet att påverka sitt fortsatta liv. För personalen blir det tillfredsställande då man får kunskap som gör det lättare att ge individuell vård och planering som just den patienten behöver och vill ha. I enkäter som patienten och närstående besvarat har det kunnat verifieras att planeringssamtalet bidragit till att man känner sig delaktig i vården.

P39 Terminal sedering som omvårdnadsåtgärd i livets slutskede.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Anita Bladfält, MOH Mora/Orsa.

BAKGRUND:

Patienter kan i livets slut drabbas av svåra symtom, som i vissa fall inte svarar på standardmedicinsk behandling. I sådana fall, om effekten av övriga symtomlindringsåtgärder har befunnits otillräckliga, kan terminal sedering (TS) övervägas för att uppnå symptomkontroll. Terminal sedering är en omvårdnadsåtgärd som har till syfte att lindra lidande, med sänkt medvetandegrad som en förväntad och accepterad nödvändig del av behandlingen.

Syftet med föreliggande systematiska litteraturstudie var att undersöka på vilka indikationer terminal sedering (TS) används som omvårdnadsåtgärd i livets slutskede.

Frågeställningar

- 1) Vid vilka indikationer används terminal sedering som omvårdnadsåtgärd?
- 2) Påverkar personalens religiösa, kulturella och/eller etiska förhållningssätt nyttjandet av terminal sedering som omvårdnadsåtgärd?

METOD:

Syftet förverkligades med hjälp av litteratur från Högskolan Dalarnas fulltext databas ELIN. Av 104 artiklar svarade 13 vetenskapliga kvantitativa artiklar mot studiens ändamål, efter genomgången kvalitetsbedömning.

RESULTAT:

Av resultatet framkom att avsikten med TS var av avgörande betydelse. Avsikten med TS inbegrep föresatsen att lindra lidande/ge symtomlindring till palliativa patienter. Den främsta indikationen för TS var smärta men även dyspné och oro/förvirring.

Forskningsresultat, som berörde frågeställningen huruvida personalens religiösa, kulturella och/eller etiska förhållningssätt påverkade nyttjandet av TS som omvårdnadsåtgärd, visade att personalens både religiösa, kulturella och etiska värderingar kunde utöva inflytande på användandet av TS.

DISKUSSION:

Studiens resultat kunde i klinisk användning öka tryggheten för läkare och omvårdnadspersonal i ställningstaganden om och i mötet med TS som omvårdnadsåtgärd för lidande palliativa patienter vid livets slut. Denna omvårdnadsåtgärd syftade till att lindra patienters outhärdliga lidande utan att förkorta deras liv.

P40 Mellannorrlands Hospice, en nystartad specialiserad palliativ slutenvårdsenhet

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Matthias Brian, Dipl läk palliativ medicin, Mellannorrlands Hospice AB

BAKGRUND:

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

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

METOD:

Deskriptiv presentation av Mellannorrlands Hospice under de första 2 hela verksamhetsåren 2008 och 2009, med hjälp av verksamhetens tillgängliga data bland annat från remisser, journaluppgifter och palliativa kvalitetsregistret.

RESULTAT:

Kvantitativa basala patientdata, remissflöde, in- och utskrivningar, diagnoser, vårddygn och dödsfall redovisas. Utvalda kvalitativa data från det palliativa kvalitetsregistret för perioden presenteras liksom personalsituationen.

DISKUSSION:

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

P41 Talade du och din döende förälder om det som var viktigt? Skuld känslor hos efterlevande tonårsdöttrar.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Tove Bylund Grenklo, Ulrika Kreicbergs, Gunnar Steineck, Unnur Valdimarsdóttir, Carl-Johan Fürst

BAKGRUND:

Från studier av föräldrar som förlorat ett barn i cancer och från änkor och änkemän har vi lärt oss att kommunikation med den döende leder till bättre psykisk hälsa på lång sikt hos den överlevande anhörige. Vi har undersökt betydelsen av tonårsdöttrars kommunikation om viktiga frågor med sin döende förälder i relation till döttrarnas långsiktiga ohälsa.

METOD:

I en nationell studie samlades data in med hjälp av en studiespecifik enkät, validerad ansikte mot ansikte. Deltagarna svarade på frågan "Hade du och din förälder sagt det som var viktigt till varandra innan han eller hon avled"? Tre svarsalternativ erbjöds; "Nej, men jag önskar att vi hade gjort det", "Nej, jag känner inte att det behövdes" eller "Ja". Enkäten besvarades sex till nio år efter förlusten. I huvudstudien ingår både söner och döttrar som mist. Här presenteras preliminära resultat avseende hittills inkomna enkäter från döttrar.

RESULTAT:

Datansamling pågår. Hittills har 317 av 419 inkluderade döttrar som mist besvarat enkäten. Preliminära resultat visar att 153 (48 %) döttrar inte hade talat om det som var viktigt, men önskade att de hade gjort det, 48 (15 %) rapporterade att de inte känner att det behövdes och 115 (36 %) hade talat om det som var viktigt med sin döende förälder. Av de döttrar som själva rapporterar att de önskade att de hade talat med sin döende förälder skattade 48 procent att de idag har måttligt till mycket skuld-känslor för att de och deras förälder inte kunde prata om det som var viktigt. Bland de som vid dödsfallet inte hade känt behov av att tala med sin förälder skattade 8 procent motsvarande förekomst av skuld-känslor kring detta.

DISKUSSION:

Nära hälften av de döttrar som under tonåren miste en förälder i cancer, rapporterar att de önskar att de hade talat om det som var viktigt med sin döende förälder, men att de inte hade gjort det. Hälften av dessa uttrycker att de har skuld-känslor för det vid uppföljning sex till nio år efter dödsfallet.

P42 Nätverkssamverkan för palliativ vård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Ingegerd Eriksson, planeringssekreterare, Borås Stad
 Malin Karlsson, sjuksköterska, ReKo/förbättringsteamet
 Marie Fritzon, diakon, Svenska kyrkan, Borås

BAKGRUND:

Då Ädelreformen och psykiatrireformen medfört att allt större del av sjukvården utförs utanför sjukhusen sökte år 2003 Svenska kyrkan i Borås etablera kontakter med den kommunala hemsjukvården för att kunna erbjuda sjuksjälavård/andlig/existentiell vård.

Samtidigt hade kommunstyrelsen tagit beslut om att varje kommun, med utgångspunkt i det nyligen antagna lokala vårdprogrammet i palliativ vård för Sjuhärad, skulle formulera en lokal handlingsplan för den palliativa vården i livets slut.

METOD:

En arbetsgrupp bestående av representanter för Borås Stad, Primärvården i Södra Älvsborg, Svenska kyrkan, Högskolan i Borås samt Sensus studieförbund, inbjöd till en lokal dygnskonferens för enhets/verksamhetschefer inom äldreomsorgen, sjuksköterskor, präster och diakoner samt vårdcentralsläkare, alla inom Borås kommun. Konferensen Att öppna dörrarna för döendet och döden innehöll föredrag, goda samverkans exempel samt gruppsamling i respektive kommunalstillshörighet. Vid konferensens slut hade i varje kommun bildats en s.k. nätverksgrupp bestående av representanter för hemsjukvård, kyrka och primärvård. Dessa nätverksgrupper är kärnan och samlas regelbundet för att bevaka och utveckla den palliativa vårdens kvalitet i kommunen. Fokus i samverkan ligger på existentiell/andlig vård och bemötandefrågor.

RESULTAT:

Nätverksgrupperna har formulerat lokala handlingsplaner för den palliativa vården. Man har inventerat behov av och initierat kompetensutveckling för vård- och omsorgspersonal. Man har haft samtalsgrupper, tagit fram broschyrer, erbjudit taktill massage. Den ursprungliga arbetsgruppen har fortsatt att regelbundet inspirera nätverksgrupperna genom att inbjuda till storföreläsningar för nätverken och konferenser för de sammankallande i nätverksgrupperna. En bok har tagits fram Ord för avsked och stilla stunder, tänkt att primärt användas av omvårdnadspersonalen.

DISKUSSION:

Som metod har nätverksarbetet fördelar då det inte bygger på formella beslut utan på det gemensamma intresset och uppdraget att ge en god palliativ vård utifrån en helhetssyn på människan.

I nätverksgrupperna har upprättandet av personliga relationer och nära kontakt möjliggjorts och vägen till samverkan och samarbete förkortats.

Viktigt är att metoden är hållbar i vardagen, ger stöd i det palliativa arbetet samt effektiv, och vi får ständigt respons på detta.

P43 En studie om poesigrupper på sjukhem och hospice

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Inger Eriksson, TD, diakon, sjukhuskyrkan Lund

BAKGRUND:

"Jag är vemodig till sinnes men mottaglig för glädje", säger en kvinna i poesigruppen på hospice. Palliativ vård innebär att vara i en gränssituation där existentiella frågor kan väckas, uttryckas och delas i poesigrupper. Min studie analyserar vad människor i mötet med dikter både enskilt och i poesigrupper upplevde: Gemenskap, glädje, tröst, vila, lugn, energi, inre samlings, transcendens och katharsis. Dessa verkningar kan ge upplevelser av mening, lindring och välbefinnande. Studien visar alltså vad poesi och poesiläsning i grupp med möjlighet till samtal kan tillföra patienter i palliativ vård.

METOD:

Det är en kvalitativ studie som kombinerar intervention, deltagande observation, intervjuer och teori.

RESULTAT:

Poesi och poesigrupper skapar mening:

- Dikter väckte känslor, tankar, minnen och livsfrågor och gav kraften och språket att uttrycka dem
- Deltagarna fick kontakt med sitt djupa jag samtidigt som de kunde tolka och tyda sin egen livshistoria.
- Genom dikter delade deltagare erfarenheter med andra människor. Gemenskapen som växte fram förändrade sinnesstämningen hos deltagarna.

DISKUSSION:

Det inledande citatet av Fanny Olsson (f 1930) problematiserar den s. k. isoprincipen. Enlig denna blir patienter hjälpta av dikter som stämmer med deras sinnesstämning men som har inslag av hopp. Bådadera gäller för Fanny. Sista gången Fanny är med är hon tung till sinnes och väljer att läsa en dyster dikt "Jordevandring" av Alf Henrikson men lägger "Är jag intill döden trött" av Harriet Löwenhjelms oläst åt sidan. Istället läser vi Evert Taubes "Brevet från Lillan". Vid de fyra tillfällen Fanny deltog återkom hon till tiden – att hon lever på övertid – och evigheten genom Henriksons dikt "Tidlös". Fanny har en distans till de dikter hon berörs av och väljer att gå i dialog med på sin resa till acceptans. Dikter som "Ett bloss för moster Lillie" av Bodil Malmsten och "Landet som icke är" av Edit Södergran blir för henne uttryck för livets dubbelheter.

P45 Kan införandet av återkommande Nortonbedömningar minska utvecklingen av trycksår?

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Marie Jedeward, överläkare, Roslagens ASIH

BAKGRUND:

Att få ett trycksår medför försämrad livskvalitet både för patient och närstående och kan därför ses som ett mått på hur vården har varit i livets slutskede. Statistik utdragen ur Palliativa Registret [1] visade att vår enhet, Roslagens ASIH, hade en hög andel trycksår bland de patienter som avled i hemmet under år 2008. Dessutom hade vi en hög procentandel där vi inte visste om patienten hade sår eller inte. Vid journalgranskning kunde vi också se att Nortonbedömningar gjorts mycket sporadiskt eller inte alls. Vi införde därför en ny arbetsrutin för om januari -09 att på alla enhetens grupp 1 patienter (= helt inskrivna för palliativ vård i hemmet) att göra återkommande Nortonbedömningar var 5-6:e vecka samt 1 gång i veckan från det att patienten blir sängbunden med målet att upptäcka riskpatienter i ett tidigare skede och därmed kunna förebygga och minska graden av trycksår.

METOD:

Bland patienter avlidna i hemmet med vård av Roslagens ASIH ökade andelen patienter utan trycksår från 59 % år 2008 till 71 % år 2009. Andelen "vet ej" är 11 % år 2008 mot 0 % 2009.

Tittar man på andelen registrerade trycksår och bortser från "vet ej" ligger det i stort oförändrat med 29,4% 2008 mot 29,2% 2009.

RESULTAT:

Inga säkra slutsatser kan dras av denna studie att införandet av Nortonbedömningar minskar frekvensen av trycksår som uppkommer i livets slutskede. Vid journalgenomgång kan man se att de patienter som i Palliativa Registret uppgavs med "vet ej" tro-ligen ej hade något trycksår, vilket ytterligare förstärker slutsatsen att frekvensen trycksår ligger oförändrad oavsett regelbundna Nortonbedömningar.

De internationella rekommendationerna, och i Sverige även ett av kvalitetskraven för många av de palliativa teamen, är att använda ett bedömningsinstrument, t ex Nortonskalan, för att i ett tidigt skede minska risken att utveckla trycksår. Det finns dock inga randomiserade kliniska studier som visar att användandet av de vanligaste riskskalorna medför någon skillnad i incidensen av trycksår [2].

DISKUSSION:

P46 Utvärdering av efterlevandestödet som ges av palliativa enheterna inom palliativt kompetenscentrum Uppsala

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Jet Koopmans, leg sjuksköterska, sjukvårdsteamet Uppsala

Maria Carlsson, lektor och docent, samordnare Palliativt Kompetenscentrum Uppsala

BAKGRUND:

En av hörnstenarna i palliativ vård är att ge närstående stöd både under patientens sjukdomstid och efter dödsfallet. Stödet ser olika ut för de olika palliativa enheterna inom palliativt kompetenscentrum. På de flesta enheterna har sjuksköterskan ett telefonsamtal med anhöriga. Sjukvårdsteamet i Uppsala har ett strukturerat program, som innebär två samtalsträffar, en månad och tre månader efter dödsfallet med en sjuksköterska. Samtalen sker utifrån en lathund.

METOD:

En enkät med 24 frågor skickades ut till efterlevande till patienter som vårdades inom de 7 palliativa enheterna i Uppland och som har avlidit mellan oktober 2008 och februari 2009. Enkäten skickades ut ca fyra till fem månader efter dödsfallet.

RESULTAT:

Totalt skickades 225 enkäter varav 155 närstående besvarade den. Det innebar en respons av 68,4%. De närstående var till största del partner (42 %) eller barn (43 %) till den avlidna.

Studien visade att 30,3% (N=155) av de närstående inte fick något efterlevandestöd alls. 55,5% fick ett eller flera telefonsamtal, 9,5 % fick ett eller flera hembesök, 10,4% besökte den palliativa enheten och 7,9 % hade samtal med kurator från den palliativa enheten. Samtalen handlade mest om den avlidnes sjukdom/vård och dödsfall (60,6%), 36,8% av de närstående angav även att ha pratat om sorg och sorgreaktioner och 9 % har pratat om ekonomiska frågor. 34 % av de närstående upplever att de har fått känslomässigt stöd från personalen, 15,5% hade behov men fick inte känslomässigt stöd och 38,7% säger sig inte ha behov av känslomässigt stöd. 6,5 % av de närstående tyckte att stödet de fick var otillräckligt. Ingen närstående angav att stödet var onödigt mycket. På frågan om deltagande i en sorggrupp svarar 78,7% att de inte vill delta i en sorggrupp, 12,9% svarar att de vill delta i en sorggrupp. Jämförande data från sjukvårdsteamet och de övriga enheterna kommer att presenteras fram.

DISKUSSION:

Behovet av efterlevandestöd är större än det som ges idag av de palliativa enheterna. Alla närstående ska erbjudas en viss minnivå av stöd efter dödsfallet och det åligger vårdpersonalen att hitta riskgruppen av de närstående med ett större behov av stöd.

P54 Nationellt Nätverk för Pediatrik Palliativ Vård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Ulrika Kreicbergs, docent, sjuksköterska, Med.dr. Inst. för Kvinnor & barns hälsa, Karolinska Institutet/sjukhuset, Sophiahemmet Högskola

BAKGRUND:

I Sverige bedrivs vården av svårt sjuka barn på olika sätt på olika håll av olika vårdgivare. Såväl vårdnivå som rutiner varierar utifrån lokala resurser och tolkningar av vetenskap och praxis. Förutom oro och osäkerhet om vårdkvalitet som detta skapat har rättviseaspekten kommit upp som en viktig fråga för familjer. Det är uppenbart att det saknas riktlinjer till stöd för vårdtagare och vårdgivare. Detta kan delvis förklaras av att den pediatrika palliativa vården länge rönt mindre intresse än den kurativa. Idag saknas en översyn av de faktiska förhållandena, som beskriver förtjänster och brister i vården av svårt sjuka barn i Sverige. En inventering av nuvarande praxis skulle kunna bilda underlag för utformningen av nationella riktlinjer till stöd för alla berörda.

I ett nätverk för pediatrik palliativ vård i Sverige skulle deltagarna kunna bidra till utformningen och tillämpningen av vårdprogram, kvalitetsregister, vårdprogram, forskning, undervisning och utveckling. Att samla den kunskap och kompetens som finns i palliativ vård för barn i Sverige i ett multidisciplinärt nätverk kan förmodas leda till bättre och enhetligare omhändertagande av barn och familj.

WHO: s definition av palliativ vård för barn

- Palliativ vård av barn är aktiv total vård av barnets kropp, själ och ande, och innebär också att ge stöd till familjen.
- Börjar när sjukdomen är diagnostiserad, och fortsätter oavsett om barnet får behandling riktad mot sjukdomen eller ej.
- Vårdgivaren måste utvärdera och lindra barnets fysiska, psykiska och sociala symptom.
- Effektiv palliativ vård kräver en bred tvärvetenskaplig strategi som inkluderar familjen och använder sig av tillgängliga resurser, den kan genomföras framgångsrikt även om resurserna är begränsade.
- Palliativ vård för barn kan ges av ett flertal vårdinstanser, såsom sjukhus, vårdcentraler och även i barnens hem. (WHO, 1998a)

METOD:

RESULTAT:

DISKUSSION:

P47 Går det att använda mobiltelefoner för symtomskattning i palliativ vård? Resultat från en reliabilitetsstudie på patienter med avancerad cancersjukdom.

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Staffan Lundström, palliativa sektionen, Stockholms Sjukhem

BAKGRUND:

Modern teknologi öppnar upp nya vägar för kommunikation mellan patienter och deras vårdgivare. Ett exempel är möjligheten att använda mobiltelefoner för symtomskattning, där data från patientens mobiltelefon omedelbart blir tillgängliga för vårdteamet via en webbaserad applikation. Vi har genomfört en reliabilitets studie av en mobiltelefonapplikation (Medipal®, Novatel-ligence AB, Stockholm) där patienter med avancerad cancersjukdom fick skatta symtom dels med pappersversionen av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), dels med en datoriserad variant av ESAS anpassad till Medipal.

METOD:

Elva patienter inskrivna i avancerad hemsjukvård med en medianålder på 55 år rekryterades från fyra palliativa enheter inom ramen för det Palliativa forskningsnätverket i Sverige (PANIS). Samtliga hade en avancerad cancersjukdom. Deltagarna skattade dagligen under fem på varandra följande dagar symtom med hjälp av Medipal och den vanliga ESAS blanketten. Registreringen skedde med en halvtimmes mellanrum mellan de två metoderna. Efter avslutad studie fick deltagarna skriftligen dela med sig av sina erfarenheter av Medipal.

RESULTAT:

Femhundra-tjugo par av registrerade data erhöles och det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de två skattningsmetoderna. Patienterna tyckte att mobiltelefonapplikationen var enkel att använda.

DISKUSSION:

Symtomskattning med ESAS anpassat till en mobiltelefonapplikation ger tillförlitliga data. Framtida studier får visa om dessa nya kommunikationsvägar leder till förbättrad symtomlindring och minskat lidande för patienter i palliativ vård.

P48 Den typiske patienten med prostatacancer i palliativ vård – hur ser han ut?

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Staffan Lundström, palliativa sektionen, Stockholms Sjukhem och institutionen för Onkologi Patologi, Karolinska institutet; Eva Gyllenhammar, Österåkers ASIH, Förenade Care AB; Ulla Martinsson, onkologkliniken Akademiska sjukhuset, Uppsala; Peter Strang, palliativa sektionen, Stockholms Sjukhem och institutionen för Onkologi Patologi, Karolinska institutet

BAKGRUND:

Patienter med prostatacancer är en av de vanligaste diagnosgrupperna i specialiserad palliativ vård i vårt land. Svårbehandlade smärttillstånd är inte ovanliga, och patienterna har ofta någon form av pågående aktiv onkologisk behandling även i ett sent sjukdomsstadium. I syfte att försöka beskriva hur den typiske patienten med prostatacancer ser ut i palliativ vård genomförde vi hösten 2008 en tvärsnittsstudie inom ramen för det palliativa forskningsnätverket i Sverige (PANIS).

METOD:

Samtliga 60 deltagande palliativa enheter fick en enkät med frågor kring hur länge den enskilde patienten hade varit inskriven i palliativ vård, aktuellt tumör- och funktionsstatus, uppskattad överlevnad, pågående antitumoral behandling, aktuell läkemedelsbehandling, eventuell urinavledande behandling samt patientens/närståendes behov av psykosociala och/eller existentiella stödresurser. Enheterna ombads registrera samtliga patienter med prostatacancer som var inskrivna vid ett givet tillfälle, och data registrerades lokalt i ett webbaserat enkätverktyg för att därefter sammanställas av nätverkets koordinator. Nätverkets arbetsmetod har godkänts av etisk kommitté.

RESULTAT:

Fyrtio palliativa enheter deltog i undersökningen och 163 patienter registrerades. Medelåldern var 77 år, 83 % vårdades i hemmet av avancerade hemsjukvårdsteam och hälften hade varit inskrivna sex månader eller längre. 86 % av patienterna hade skelettmetastaser, 52 % hade funktionsstatus ECOG/WHO 0 eller 1. 76 % hade pågående antitumoral behandling, huvudsakligen hormonell/antihormonell behandling. Drygt hälften av patienterna (52 %) hade fått strålbehandling i smärtlindrande syfte och 88 % hade pågående kontinuerlig behandling med en stark opioid; endast 5 % av patienterna bedömdes ha en otillfredsställande smärtkontroll. 20 % hade fått blodtransfusion under senaste månaden och lika många hade pågående antitrombotisk behandling. Hälften av patienterna hade urinavledande kateter och en lika stor andel använde teamets psykosociala eller existentiella stödresurser.

DISKUSSION:

Trots en avancerad sjukdom hade den genomsnittlige patienten med prostatacancer ett förhållandevis gott funktionsstatus. God symtomlindring och tillgång till psykosocialt stöd betyder mycket och borde genom den palliativa vårdens försorg komma fler patienter tillgodo i vårt land.

P49 Tid i sjukdom och vård: En studie om hur patienter med lungcancer upplever tid

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Malin Lövgren, (1,2) RN, PhD, Katarina Hamberg, (3, 4) MD, PhD, Associate Professor, Carol Tishelman, (2, 5) RN, PhD, Professor

1) School of Health and Social Sciences, Högskolan Dalarna, Falun, Sweden

2) Stockholms Sjukhem Foundation, Research & Development Unit/Palliative Care, Stockholm, Sweden

3) The Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden

4) Umeå Centre for Gender Studies, Research Programme Challenging Gender, Umeå University, Umeå, Sweden

5) The Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Medical Management

Center, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

BAKGRUND:

Majoriteten av patienter med lungcancer har kort överlevnad samtidigt som forskning visar att många får vänta längre än rekommenderat på diagnos och behandling. Även om tidsintervallerna i vårdkedjan är utforskade i klocktid finns föga forskning om hur patienterna själva upplever denna tid. Syftet med denna studie var därför att utforska hur patienter med lungcancer upplevde tid under första året med sjukdomen.

METOD:

Intervjuer med 35 lungcancerpatienter har utförts ett år efter diagnos. Intervjuer har analyserats med hjälp av Burnards tematiska innehållsanalys.

RESULTAT:

Två teman konstruerades: Aspekter relaterade till hälso- och sjukvården (sub-teman: Väntan i vården, För lite tid för möte mellan patient och personal, För lite tid för samordning samt slarv och misstag förorsakade av för lite klocktid) och Existentiella aspekter (sub-teman: Framtiden med lungcancer och Hanterandet av ovisshet). Det som var besvärligt för patienterna i väntan i vården var relaterat till ovissheten i väntan i sjukdomen där existentiella aspekter var centrala. Den begränsade tiden för möte mellan patient och vårdgivare var problematisk och mer tid för möten var något som efterfrågades. För lite klocktid gjorde att det uppstod misstag och att samordning mellan instanser inte fungerade, vilket gjorde att patienterna var tvungna att agera själva och bevaka sina egna intressen. Tid innan diagnos beskrevs som något som upplevdes intellektuellt, medan tid efter diagnosen beskrevs som något som också kändes. Patienterna beskrev att de efter diagnosen hade börjat omprioritera sin egen tid då de beskrev att de ville göra "rätt" saker och saker för sin egen skull.

DISKUSSION:

Resultatet indikerar att patienternas sätt att se på tid och hur patienterna prioriterade denna stod i konflikt med hur vårdpersonalen förvaldade patienternas tid. Brister i identifiering och hantering av individuella behov kan bl.a. ha påverkats av att vissa rutiner som konkreta göromål prioriterades i vården av dessa patienter i en organisation som dominerades av klocktid.

P50 Dokumentation vid vård av patienter med demenssjukdom i palliativt skede på särskilda boenden – en retrospektiv studie

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Christina Melin-Johansson RN, PhD, Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet

Linda Högsnäs RN, Hemsjukvården, Bergs kommun, Jämtland

BAKGRUND:

Slutskedet av en demenssjukdom kan vara svårt att fastställa, och många patienter dör pga. komplikationer av sin sjukdom. Att dokumentera att vården är palliativ hos patienter med demenssjukdom är ovanligt för såväl läkare som sjuksköterskor. Detta kan bero på att det palliativa förloppet är långt och inte liknar det förlopp som är vanligt hos t.ex. patienter med cancer. Syfte: Beskriva hur legitimerad personal på särskilda boenden dokumenterar vården av personer med demenssjukdom i ett sent palliativt skede. En retrospektiv journalstudie i vilken omvårdnadsjournaler (n=50) och medicinska journaler (n=50) till avlidna patienter granskades med hjälp av en granskningsmall baserad på Liverpool Care Pathway (LCP). Data analyserades med manifest innehållsanalys.

METOD:

Efter tillstånd från etikprövningsnämnden i Linköping samkörs nu data från palliativregistret med befolkningsregistret och patientregistret. Syftet är att få fram antalet dödsfall per kommun respektive per sjukhus under 2009 (= nämnare). Utifrån inkomna registreringar i Svenska Palliativregistret från olika kommuner och sjukhus (=täljare) kan vi sedan beräkna täckningsgraden per kommun och per sjukhus. Genom att antalet inkomna registreringar från specialiserade palliativa enheter (hemsjukvårdsteam, hospice, slutenvårdsplatser) varit tämligen oförändrade senaste åren kan vi anta att vi uppnått en mättnad, dvs att cirka 90 % av dödsfallen från dessa enheter registreras. Utifrån detta kan vi beräkna täckningsgraden även för kommunala vårdformer (särskilda boenden + korttidsboende).

RESULTAT:

Tre kategorier formulerades utifrån analysen: Inledande bedömning, Sammanhängande bedömning och Uppföljning. Sjuksköterskor och läkare visste att patienten med demenssjukdom var döende, men ställningstagande till palliativ vård togs inte alltid. Uteslutande dokumenterades fysiska symptom och i mindre grad psykiska, sociala, eller existentiella/ andliga behov. Att närstående hade fått information om det palliativa skedet var väl dokumenterat.

DISKUSSION:

Utifrån dokumentationen var det svårt att få en helhetsbild av patientens situation. Detta för att alla åtgärder inte dokumenterats samt att granskningsmallen var begränsad då inte alla delar som krävs för att en aktiv helhetsvård ska synliggöras finns med. Den helhetsvård som patienter med demenssjukdom är i behov i ett palliativt skede tydliggörs inte i dokumentationen vid särskilda boenden trots att sjuksköterskor och läkare vet att patienten är döende.

P56 Palliativ specialistutbildning – grunden för palliativ medicin som tilläggspecialitet

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Eva Thoren Todoulos och Carl-Magnus Edenbrandt, Svensk Förening för Palliativ Medicin

BAKGRUND:

Den palliativa vården har tillvuxit starkt i Sverige under de senaste 20. I Sverige finns idag > 100 specialiserade palliativa enheter med läkare och andra yrkeskategorier som arbetar heltid med detta. Palliativ medicin finns som akademiskt ämne med flera professorer både i palliativ medicin och inom palliativ omvårdnad. Trots det finns inga formella kompetenskrav i palliativ medicin för att får vara verksam som läkare inom detta område. Efterfrågan på utbildning har dock varit stor från yrkesverksamma läkare och flertalet har tidigare varit hänvisade till utbildningar i de länder där palliativ medicin utgör en specialitet t ex i Storbritannien eller USA.

METOD:

Svensk förening för palliativ medicin tog 1999 initiativ till översättningen av den brittiska läroplanen i palliativ medicin (1). De bygger på tre nivåer där A motsvarar det som alla med läkarexamen bör kunna, B det som kan förväntas av specialistutbildade läkare i kliniska specialiteter och C det som utgör specialistnivå inom palliativ vård. Med läroplanen som utgångspunkt formade SfpM 2003 tillsammans med de övriga nordiska föreningarna för palliativ medicin en samnordisk kurs för specialister i palliativ medicin Nordic Specialist Course in Palliative Medicine NSCPM.(2)

SfpM tog 2004 fram ett diplom där kriterier satts upp utifrån de olika avsnitten läroplanen. Ansökan ställs till styrelsen för SfpM, bedömning sker utifrån en på förhand definierad mall och det slutgiltiga godkännandet sker av Peter Strang, professor i palliativ medicin.

RESULTAT:

Hittills har sammanlagt 20 läkare från Sverige genomgått NSCPM med godkänt resultat och 36 har diplomerats av SFPM. Några få har både genomgått NSCPM och diplomering. Huvuddelen arbetar kliniskt aktivt med palliativ vård.

REFERENSER:

1. Svensk läroplan i Palliative Medicine www.sfpM.se
2. The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine: evaluation and experiences from the first course; Palliative Medicine 2008 22, 256-263

DISKUSSION:

P51 Omfamna livet – Uttryckande konstterapi inom palliativ vård

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Maria Wahlström Norlin, leg sjuksköterska och dipl Uttryckande konstterapeut på Palliativa enheten, ASIH, Capio Geriatrik Stockholm.

BAKGRUND:

Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och de närstående. Palliativ vård skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också ge anhöriga stöd i sorgearbetet."(Vårdprogram 2006 för Palliativ vård)

Uttryckande konstterapi är en psykodynamiskt förankrad terapimetod som utgår från att det inom varje människa finns en kreativ kraft och att hon genom konstnärliga upplevelser och eget skapande kan bearbeta sin historia. I Uttryckande konstterapi kombineras olika konstnärliga discipliner till en helhet. Här används både verbala och icke verbala uttrycksmedel som bild, musik, poesi, rörelse/dans, och drama. Konstterapi i olika former har länge varit etablerat inom hospicevården i Kanada, England och USA.

METOD:

Vi har sedan tre år tillbaka ett "Öppet rum för skapande" för alla patienter som är intresserade på Palliativa enheten. Här har deltagarna en möjlighet att en eftermiddag varannan vecka tillsammans med andra i grupp möta sig själva i skapande under ledning av en Uttryckande konstterapeut. Dessutom finns möjlighet till individuella sessioner.

Några citat av patienter ur utvärderingar:

"Det känns att energidepåerna fylls på"

"En stund av välmående"

"Att det är just rofyllt och opretentiöst"

"Friheten, gemenskapen, att ta vara på det skapande, det friska"

"Gemenskap i något annat som inte är sjukdom är viktigt"

"Bra att också kroppen får vara med"

"När jag målar har jag inte ont"

RESULTAT:

DISKUSSION:

Skapandet kan ge det inre en yttre form samt ge hopp och lindring i en till synes hopplös situation. Smärtlindring, ångestlindring, och ökad förmåga till kontroll är några dokumenterade effekter av Uttryckande konstterapi med cancerpatienter (Knill 2005, Aldridge 1995, Engel-Fischer 2005, Devlin 2006, Wahlström Norlin 2007, Nainis 2006). Så här långt är vår erfarenhet att "Öppet rum för skapande" har utvecklats till en kreativ oas. Här finns utrymme att bearbeta sin livssituation – vi kallar det att omfamna livet.

P52 Antecipatorisk sorg. Den föregripande sorgen före förlusten är tung att bära

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Helle Wijk Leg sjuksköterska, Docent¹, Grimby A Leg psykolog, Med Dr²

¹Sahlgrenska akademien Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ²Sahlgrenska Universitetssjukhuset Geriatrik

BAKGRUND:

Sorgen efter förlusten av en kär anförvant har studerats i flera svenska undersökningar. Studien Tusen änkor påvisade emellertid hos 40 % av änkorna att tiden före förlusten av livskamrat varit den tyngsta i jämförelse med sorgeperioden efter dödsfallet. När maken får en diagnos med dödlig utgång tar kvinnan ofta på sig vårdrollen. Detta medför ofta nattvak, oro, bundenhet, social isolering och stark trötthet. För många är sorgen delvis genomarbetad redan innan döden inträffar. Vilka känslor och reaktioner är då vanliga i denna förberedande fas av sorgen?

METOD:

Anticipatory Grief Scale (AGS) översattes och besvarades av 50 kvinnor och män vars nära anhöriga vårdades för terminal cancersjukdom i geriatrisk palliativ vård eller på hospice. Skalan innehåller 27 påståenden att ta ställning till och avser att spegla reaktioner/coping när den närstående befinner sig i en döendefas. Patientansvarig sjuksköterska gjorde observationer kring bl.a. känslomässig anknytning till den döende, insikt, grad av förberedelse för dödsfallet, fysisk och psykisk status och behov av stöd hos den anhöriga.

RESULTAT:

Studien Tusen änkor: Fler änkor tog rogivande medicin och hade dessutom ökat sitt intag av lugnande mediciner under den anticipatoriska fasen jämfört med tiden efter dödsfallet. Var tredje änka dödade sorgen efter förlusten med alkohol och äldre (>65 år) änkor minskade sin fysiska aktivitet. AGS: Majoriteten anhöriga (maka, make, barn, syskon) ansåg sig stå nära eller mycket nära den döende. Många bejakade (instämde delvis eller helt) att de drömde sig tillbaks till tiden före sjukdomen (76 %), var gråtfärdiga (96 %), saknade den "gamla" personen och tänkte ständigt på honom/henne (92 %), kände stor ensamhet (70 %), 71 % hade koncentrationsproblem, kände orättvisa (84 %) och 12 % var tveksamma om de kunde gå vidare med sina liv. Få kände dock skuld för att han/hon fått sjukdomen eller upplevde främlingskap för den döende.

DISKUSSION:

Den anticipatoriska sorgen innehåller många påfrestande känslor och tankar för anhöriga. Behovet är stort av att få tala med någon under den här perioden, lindra ensamhetskänslor och nedstämdhet och få hjälp med sömn- och koncentrationsproblem i det dagliga livet. Få vårdinrättningar för döende har idag utvecklade stödprogram även för de anhöriga. Riktlinjer behöver tillspas också för den här stora och utsatta kategorin människor för att undvika fysisk, psykisk och social ohälsa.

P59 Att införa Liverpool Care Pathway (LCP) på särskilda boenden (SÄBO) i Stockholm

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Mary-Jane Windus, Marie-Louise Ekeström, Helena Leveälähti, Carl Johan Fürst.

Palliativt Centrum, Stockholms Sjukhem

BAKGRUND:

Alla har rätt till god vård i livets slutskede oavsett diagnos eller vårdform. LCP är en strukturerad, evidensbaserad vårdplan som används för att föra ut den kunskap som finns inom den specialiserade palliativa vården kring den döende patienten. Med ett ökande antal dödsfall på SÄBO ställs stora krav på kompetens. Syftet är att öka kvalitén i den palliativa vården på särskilda boenden genom att införa LCP som ett instrument för utbildning, stöd och kvalitetssäkring.

METOD:

Sex SÄBO deltog i projektet. All personal fick utbildning i palliativ vård baserad på innehållet i LCP och vidare utbildning gavs i specifika områden/ämnen identifierade från personalens egna behov. En retrospektiv journalgranskning genomfördes för att få en utgångspunkt på dokumentation och upprepades efter LCP införandet. Projektet kommer att genomgå extern utvärdering.

RESULTAT:

Erfarenheter från implementeringsprocessen kommer att redovisas. Ett stort behov av riktlinjer, utbildning och stöd identifierades vid projektstarten. Personal var mestadels positiv och visade stort engagemang. Utmaningar består av otillräcklig bemanning, brist på kunskap och kompetens i palliativ vård, motstånd till förändring och tillgänglighet till läkemedel som används vid symtomkontroll. Brist på stöd, kompetens och kontinuitet från läkare samt otillräcklig kommunikation inom teamet beroende på osäkerhet, olika attityder och uppfattning om döendet är andra svårigheter. Detta kan leda till onödig flytt av boende till sjukhus.

DISKUSSION:

Införandet av LCP kan öka säkerhet och kompetens i vården av döende samt ändra attityder och öka kunskap som kan påverka patientens vård tidigare under sjukdomsförloppet. När LCP har införts och använts på fem döende patienter per SÄBO kommer effekter av detta att undersökas utifrån olika perspektiv.

P53 Mjukmassage - taktil beröring

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Birgitta Ångman och Eva Martin

BAKGRUND:

På Ersta Hospiceklänik finns det möjlighet att få behandling med mjukmassage, både på vårdavdelning och i hemsjukvården (ASIH) för inskrivna patienter.

Ersta hospice deltar i ett nationellt nätverk, där vi arbetar för att sprida kunskap om mjukmassagens betydelse i den palliativa vården.

Vår erfarenhet och forskning visar att behandlingen kan ge smärtfrihet, frihet från illamående, välbefinnande, trygghet, bli bekräftad, en fristad och andrum från sjukdom, en egen stund, känna att man fortfarande är någon, en omsorg som är utöver det vanliga också en känsla av lyx. Metoden kan enligt socialstyrelsen användas i symtomlindrande syfte som komplement till beprövad behandlingsmetod förutsatt att detta inte leder till skada för patienten.

Idag har sex personer av vårdpersonalen utbildning i taktil beröring/massage. Vi har behov av utbildning inom den egna verksamheten. Vid införandet av taktil stimulering på hospiceavdelningen i början på 2000-talet fick all personal på vårdavdelningen "prova på" en behandling. Även vi har personal- omsättning, så fler behöver ta del av det positiva som mjukmassagen ger.

METOD:

Syftet med projektet är att introducera mjukmassagen i den dagliga omvårdnaden.

Vi vill få vårdpersonalen att bli intresserade av mjukmassagen och dess positiva effekter genom ge fem personer på respektive avdelningen och ASIH möjlighet att få prova på en helkroppsbehandling.

Effekten av behandlingen kommer att dokumenteras genom att mäta blodtryck och puls direkt före och efter avslutad behandling. Utvärdering sker också genom att ställa några intervjufrågor.

Vi utformar en skraddarsydd kurs för vår verksamhet. Detta sker under våren 2010

Intresserad personal utbildas under våren och hösten 2010

Idag tycker många att tiden inte räcker till. Vi tror att det är möjligt att införliva behandlingen i det dagliga arbetet t.ex. när man smörjer hälar mm. Det här är något som vi kan göra som ger effekt.

Projektet kommer att pågå i två år.

RESULTAT:

Under våren 2011 då vi kommer att granska journaler för att se förekomsten av mjukmassage i det dagliga arbetet samt föra diskussioner med vårdpersonalen.

DISKUSSION:

P55 D-dimer eller ej?

Venös tromboembolism vid tumörsjukdom med tonvikt på D-dimer

MEDVERKANDE/ARBETSPLATS:

Henrik Ångström, Avancerad hemsjukvård, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

BAKGRUND:

Venös tromboembolism (VTE), d.v.s. lungemboli och djup ventrombos, är en vanligt förekommande komplikation till tumörsjukdom. Cirka 20 procent av alla patienter med tumörsjukdom kommer någon gång att drabbas av kliniskt symptomgivande VTE. Asymptomatisk VTE har konstaterats hos ca 50 procent av patienter med avancerad tumörsjukdom. VTE bidrar både till morbiditet och till mortalitet vid tumörsjukdom. Vid diagnostik av VTE används analys av D-dimer nivåer som ett av flera verktyg. Nyttan med denna analys vid tumörsjukdom har dock varit ifrågasatt eftersom tumörsjukdom i sig leder till förhöjda nivåer av D-dimer. Senare studier har visat att såväl sensitivitet som det negativa prediktiva värdet (NPV) är högt även vid tumörsjukdom. Studier som belyser vilka nivåer av D-dimer som tumörsjukdom i sig leder till har inte hittats vid litteraturgenomgången.

METOD:

Tio patienter med avancerad tumörsjukdom utan kliniska tecken på VTE valdes ut och venöst blodprov för analys av D-dimer utfördes.

RESULTAT:

Samtliga patienter uppvisade värden över referensvärdet men två av patienterna visade endast marginellt förhöjda värden. Genomsnittsvärdet av analyserna var 1,08 mg/L och medianvärdet 0,94 mg/L, d.v.s. 5,4 respektive 4,7 gånger högre än referensvärdet (< 0,20 mg/L).

DISKUSSION:

Nivåerna av D-dimer anses vara högre ju mer avancerad tumörsjukdom som föreligger. Detta stämmer väl överens med denna studies resultat som kan vara av värde då vi ska tolka nivåer av D-dimer vid misstanke om VTE hos patienter med avancerad tumörsjukdom. Hög sensitivitet och NPV anses föreligga vid tumörsjukdom men falskt positiva provsvar är vanliga. Ökad kunskap om betydelsen av förändrade referensintervall beträffande D-dimer vid tumörsjukdom skulle kunna leda till en ökad nytta med analysen.

REGISTER ABSTRACTS – NUMMERORDNING

ABSTRACTS FÖREDRAG

Abstract nr	Sid
F1 Sträva för att behålla livsutrymmet: berättelser om att leva med avancerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom och vara ensamboende.	26
F2 Vad är en "trygg bas" i dödens närhet? Studie med anknytningsteoretisk referensram av vuxna patienters respektive närståendes erfarenheter av palliativ hemsjukvård.	35
F3 Närståendes process till insikt att en patient är döende.	21
F4 Betydelsen av trötthet hos närstående till patienter som vårdas på en palliative enhet.	24
F5 Ett stödprogram för närstående till patienter inom palliativ vård.	30
F6 Mötet mellan den informella och professionella omsorgen vid vård i livets slut.	31
F7 NÄR ETT VUXET BARN FÅR CANCER OCH DÖR, Seniora mammors upplevelse av sitt vuxna barns cancer-sjukdom och död.	32
F8 Att bli bemött med respekt och lyhörddhet i kontakten med det palliativa hemsjukvårdsteamet.	22
F9 Att inte kunna lita på att döende föräldrar fått bästa möjliga vård. Avsaknad av tillit till sjukvården av döende föräldrar och psykisk ohälsa hos efterlevande tonårsdöttrar.	29
F10 Samtalsgrupper för närstående till patienter med sjukdomen ALS - erfarenheter och resultat.	40
F11 Att vara en hängiven medresenär under resan mot det ofrånkomliga slutet.	21
F12 Hur använder vi medicinsk onkologisk behandling till cancerpatienter i livets slutskede?	20
F13 Spridd cancer med okänd primärtumör- erfarenheter efter sex års arbete.	36
F14 Sederande behandling och sedering som biverkning vid vård i livets slut. Jämförande retrospektiva journalgenomgångar från en Palliativ avdelning vid Stockholms Sjukhem.	40
F15 ASCITES – NÄR? HUR? VAR? AV VEM?	33
F16 Upplevelser av existentiell ensamhet inför egen, annalkande död.	37
F17 Det är en bekräftelse på att vi finns – efterlevandes upplevelser av att få mjuk massage.	24
F18 Dödshjälp – en kvalitativ studie av döende cancerpatienters inställning.	31
F19 Vårdpersonalens uppfattningar om existentiella frågor hos patienter med cancer.	23
F20 OPCARE9 - Ett europeiskt samarbetsprojekt mellan forskare och kliniskt verksamma inom palliativ vård.	28
F21 Icke-farmakologiska vårdaktiviteter - En internationell inventering av vad vårdpersonalen gör under de sista dagarna av en patients liv.	33
F22 Utveckling av ett basalt läkemedelskit för de sista dagarna i livet ur ett europeiskt perspektiv - Vilka läkemedel bör finnas tillgängligt oberoende av var personen vårdas.	34
F23 Som en främling i en okänd kultur – äldre personers erfarenheter av livets slutskede på vård- och omsorgsboende.	42
F24 Palliativ omvårdnadsutbildning för hemtjänsten.	41
F25 Utvärdering av "Basutbildning i palliativ vård i livets slutskede" – kan en halv dag göra skillnad?	41
F26 Antecipatorisk sorg hos närstående till personer med demenssjukdom.	39
F28 Strategies for maintaining hope close to death: an interview study of patients in palliative home care.	36
F29 Sjuksköterskors upplevelser av ärlighet i palliativ vård.	27
F30 Täckningsgrad för inrapporterade dödsfall i Svenska palliativregistret – skillnader mellan olika vårdenhetstyper.	20
F31 Validering av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät.	34

Abstract nr	Sid
F32 Bristande journaldokumentation gällande vård i livets slutskede.	28
F33 Utveckling av sjuksköterskors förmåga att reflektera över hur goda vårdrelationer kan skapas till döende människor.	22
F34 Kvalitetssäkring av samtalsformer inom avancerad palliativ vård.	27
F35 Omhändertagande av avliden patient.	30
F36 Onkologisk sårbehandling för patienter med maligna tumörsår.	25
F37 Existentiell och andlig smärta vid livets slut.	23
F44 Transfusion av erytrocytkoncentrat till patienter med palliativt vårdbehov i ordinärt och särskilt boende. En retrospektiv studie i Värnamo sjukvårdsområde.	29
F57 Att dela livet och döendet - en balansakt mellan utsatthet och trygghet. Undersköterskors upplevelser av att arbeta som vak hos döende personer.	39
F58 Världighet på äldreboende.	25
F60 Kvalitet i livets slutskede - palliativ vård för äldre på vård- och omsorgsboenden.	37
F61 Blir patienterna symtomlindrade av blodtransfusioner? En utvärdering av 30 transfusioner i avancerad hemsjukvård.	38
F62 Olika mål för fortsatt vård – en metod att finna en fungerande lösning för patient och närstående.	35
F63 Lokalt vårdprogram. Nutrition i palliativ vård.	38
F64 Liverpool Care Pathway – Vägledning för vård av döende.	26
F65 Att vårda i dödens närhet	32
ABSTRACTS POSTERS	
P38 PLANERINGSSAMTALET – grunden för en individuell planering.	43
P39 Terminal sedering som omvårdnadsåtgärd i livets slutskede.	43
P40 Mellannorrlands Hospice, en nystartad specialiserad palliativ slutenvårdsenhet.	44
P41 Talade du och din döende förälder om det som var viktigt? Skuld känslor hos efterlevande tonårsdöttrar.	44
P42 Nätverkssamverkan för palliativ vård.	45
P43 Poesiläsning som meningsskapare - En studie om poesi-grupper på sjukhem och hospice.	45
P45 Kan införandet av återkommande Nortonbedömningar minska utvecklingen av trycksår?	46
P46 Utvärdering av efterlevandestödet som ges av palliativa enheterna inom palliativt kompetenscentrum Uppsala.	46
P47 Går det att använda mobiltelefoner för symtomskattning i palliativ vård? Resultat från en reliabilitetsstudie på patienter med avancerad cancersjukdom.	47
P48 Den typiske patienten med prostatacancer i palliativ vård – hur ser han ut?	48
P49 Tid i sjukdom och vård: En studie om hur patienter med lungcancer upplever tid.	48
P50 Dokumentation vid vård av patienter med demenssjukdom i palliativt skede på särskilda boenden – en retrospektiv studie.	49
P51 Omfamna livet – Uttryckande konstterapi inom palliativ vård.	50
P52 Antecipatorisk sorg. Den föregripande sorgen före förlusten är tung att bära.	50
P53 Mjukmassage - taktill beröring.	51
P54 Nationellt Nätverk för Pediatrisk Palliativ Vård.	47
P55 D-dimer eller ej? Venös tromboembolism vid tumörsjukdom med tonvikt på D-dimer.	52
P56 Palliativ specialistutbildning - grunden för palliativ medicin som tilläggsspecialitet.	49
P59 Att införa Liverpool Care Pathway (LCP) på särskilda boenden (SÄBO) i Stockholm.	51

