

# Kompetens när och där behoven finns

TEXT // BERTIL AXELSSON

Som obotligt sjuk med palliativa behov kan du idag få vård antingen genom vårdens vanliga kanaler eller bli remitterad till en specialiserad enhet, ett hospice, ASIH eller liknande. Något mellanting finns inte på de flesta platser i landet. Via data från Svenska palliativregistret vet vi att tio procent av alla som dör i Sverige, cirka 9 000 individer per år, får sin vård i livets slutskede via specialiserade palliativa enheter.

**TVEKLÖST FINNS DET** av och till komplexa palliativa behov hos många av de övriga, drygt 60 000 personer, som dör en förväntad död årligen.

Sedan fem år tillbaka har ett palliativt konsultteam med läkare, sjuksköterska och kurator successivt etablerats på Östersunds sjukhus. Tankarna med det palliativa konsultteamet är att finnas till hands när de komplexa palliativa behoven dyker upp. På sjukhusets vårdavdelningar, på kommunala korttidsavdelningar, i särskilda boendeformer och i hemsjukvården.

Varje sjukhusavdelning får planerat besök av teamets läkare och sjuksköterska i samband med rond varannan vecka. Ett boende per kommun i länet får besök var fjärde vecka i samband med rond med ansvarig distriktsläkare. Länet har åtta kommuner. Genom rondnärvaron får vi i teamet en klar inblick i respektive verksamhets patientpanorama. Dessutom får varje verksamhet som vi besöker en bättre uppfattning om vad vi kan hjälpa till med.



Det är inte lätt att fråga efter något som man inte känner till.

Efter att ha haft gemensamma ronder under ett år eller mer märker vi hur den ömsesidiga förståelsen ökar för vad som kan rubriceras som ett palliativt problem. Det kan röra sig om symtomlindring men också etiska diskussioner om aktivitetsnivå och behandlingsbegränsningar samt olika former av närståendestöd.

Initialt var tolkningen hos dem vi mötte att ”nej, vi har inga patienter med palliativa behov just nu” liktydigt med att ”vi har ingen akut döende medelålders cancerpatient”.

**GOTT SAMARBETE FÖRUTSÄTTER** ömsesidig respekt och att man känner varandra till person och kompetensområde. Inledningsvis behöver teamet visa att det är ”ofarligt”, det vill säga att de inte är ute efter att ”hänga någon”.

Det måste vara tydligt att teamet är där som en konstruktiv resurs för att gemensamt göra det så bra som möjligt för patienter i palliativ sjukdomsfas. Över tid märker vi hur allt fler kontakter tas mellan de planerade rondbesöken. Man ringer teamet om frågor i stort och smått samt ber om konsultbedömningar för att underlätta handläggningen av patienten, förbättra lindringen och lägga upp en rimlig plan för den fortsatta vården.

Om vi enbart hade suttit på vårt kontor och väntat på samtal, hade vi nog fått vänta förgäves.

Kuratorns roll i teamet är framför allt att finnas till hands för de olika personalgrupperna för att vid behov kunna ge grupphandledning under ett par träffar i följd. Något som är mycket uppskattat av till exempel personliga assistenter, personal på kommunala boenden och i hemsjukvården, men också på vårdavdelningarna.

**EFFEKTERNA AV TEAMETS** insatser är många gånger bättre symtomlindring, snabbare utskrivning från sjukhuset till andra vårdformer, stödjande support till läkare och personalgrupper att de tänker rätt och gör ett bra jobb.



Palliativa konsultteamet har rond på kirurgavdelningen med sjuksköterskan Julia Wiberg, konsultläkaren Bertil Axelsson, konsultsjuksköterskan Maria Haeggblom, underläkaren Helena Göransson

**VIKAN OCKSÅ** stötta dem i vilka patienter de kan sköta utmärkt på egen hand, eventuellt med konsultteamets stöd, och vilka de borde remittera till den specialiserade palliativa vården.

För att vi ska känna oss trygga i konsultrollen behöver vi som arbetar i teamet få påfyllning av och till från den ordinarie specialiserade palliativa vården. Därför byts två sjuksköterskor ut en gång per år och två av läkarna arbetar varannan vecka som konsulter.

Allt fler publikationer från framför allt USA visar på såväl ekonomiska som kvalitetsmässiga fördelar med dessa palliativa konsultteam (1,2) och att de kan göra nytta även relativt tidigt i förloppet (3,4). I Storbritannien har de flesta sjukhus ett eget palliativt konsultteam.

**VÅR ÖVERTYGELSE ÄR** att det vore en viktig förbättring, även i Sverige, med ett palliativt konsultteam på varje sjukhus som dessutom kunde ge konsultstöd till vårdformerna utanför sjukhuset inom upptagningsområdet.

Avslutningsvis måste vi som palliativa specialister ha förståelse för att det som vi håller på med hela dagarna - och som för oss kan kännas självklart - inte är huvudfokus för många av våra kollegor på sjukhusets kliniker och inom primärvården. Men tveklöst måste det palliativa vårdinnehållet successivt, med gemensamma krafter, bli bättre för våra patienter med behov av palliativ vård.



*Bertil Axelsson*

Överläkare, kirurgkliniken,  
Östersunds sjukhus.  
Docent i palliativ medicin,  
Umeå Universitet

### Referenser:

1. May P, Normand C, Morrison S. Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: Review of current evidence and directions for future research. *J Pall Med* 2014, 17 (9): 1054-63.
2. O'Connor NR, Moyer ME, Behta M, Casarett DJ. The impact of inpatient palliative care consultations on 30-day hospital readmissions. *J Pall Med* 2015, 18(11): 956-61.
3. May P, Garrido MM, Cassel B, Kelley AS, Meier DE, Normand C, Smith TJ, Stanis L, RS Morrison. Prospective cohort study of hospital palliative care teams for inpatients with advanced cancer: Earlier consultation is associated with larger cost-saving effect. *J Clin Oncol* publ ahead of print June 8, 2015.
4. Bakitas MA et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* published ahead of print March 23, 2015.