

Mat & dryck vid livets slut

TEXT // ANDERS BIRR & CHRISTINE KARLSSON

Man dör inte därför att man slutar äta, man slutar äta därför att man ska dö
- Sokrates

INGENTING ÄR SÅ starkt och allmänt giltigt förknippat med liv och död som att kunna äta och dricka. Det gamla ordspråket "Äta bör man – annars dör man, äter gör man – ändå dör man" kan ibland illustrera just detta.

Under tidigt palliativt skede (reversibel kakexi) är det viktigt för välbefinnandet att inta energirik och näringsrik föda. I sent palliativt skede är både fett-, protein- och kolhydratmetabolismen irreversibelt förändrade (irreversibel kakexi).

Ett vanligt tecken på att patienten kan vara i behov av vård i livets slutskede är när det inte längre räcker att åtgärda behandlingsbara orsaker till dåligt näringsintag, som skavande proteser, sår i mun och svalg, svampinfektion, förstoppning, smärta, hyperkalcemi, ospecifikt illamående och depression. Det är då också vanligt att patienten inte känner någon hunger utan snarare kan uppleva att närstående tjuvar. Det är inte ovanligt att detta kan påverka relationen mellan patient och

närstående negativt. Detta kan vara en öppning till samtal med patient och närstående om vad som håller på att ske.

VID TÖRST ÄR det viktigt att skilja på behandling av intorkning, muntorrhet och törst. Törst uppstår delvis av samma faktorer som ökar ADH (anti-diuretiskt hormon)-insöndringen och är en förmimelse som reglerar vattenintaget och på så sätt vattenbalansen i kroppen. Uttorkning av munnens och svalgets slemhinnor medför också törstförmimelser som upphör för en tid om munhålan fuktas eller att man dricker. Receptorer i svalg, matstrupe och magsäck meddelar törstcentrum, som sitter i hypothalamus, att vätska intagits och törsten dämpas. Törst kan bidra till att upprätthålla vattenbalansen så länge en människa kan reagera på törst och kan dricka. En medvetlös människa saknar denna förmåga. Törstcentrum reagerar på osmolalitetförändringar och de flesta döende människor har inte en påtagligt förändrad osmolalitet i kroppen.

De flesta närstående har många funderingar kring just törst och undrar om han/hon känner törst liksom om vätsketillförsel via dropp, kommer han/hon att dö om han/hon inte får dropp? Det är viktigt att närstående får information för att situationen ska bli begriplig och hanterbar. Ämnesom-sättningen klarar inte av intravenös vätska/näring med fetter och proteiner i sent palliativt skede. Patienterna mår bättre av att äta och dricka det de tycker om och i den mängd de kan tolerera.

DE NÄRSTÅENDE BEHÖVER få veta att döende patienter sällan känner törst och att ett sätt att motverka törst är att fukta munslemhinnorna genom god munvård flera gånger per dag. Förutom god munvård kan isbitar eller små mängder vätska tillföras med sked eller sudd, lindra törst. Görs detta ett par gånger i timmen när patienten är vaken, lindras törsten effektivt, dessutom minskar muntorrhet och risken för svampinfektion i munnen.

Det är viktigt att åtgärderna individualiseras utifrån patientens välbefinnande, tillförsel av vätska får inte bli ett självändamål. Små smakbitar av lättuggad mat som patienten just då tycker om kan vara tillräckligt. Ibland väljer patienten att äta och dricka även om det direkt medför illamående och kräkningar. Då kan det hjälpa med avlastande nasogastrisk sond eller gastrostomi. Det krävs en ständig avvägning om fördelarna med behandlingen överväger nackdelarna.

Om behandling med behandling med parenteral eller enteral vätska/näring påbörjas är det av största vikt att kontinuerligt objektivt utvärdera behandlingen. Det räcker inte att fråga patienten hur hon/han mår utan även "titta under täcket". Vätskeintag genom intravenös vätska/näring kan leda till onödigt lidande genom bland annat perifera ödem, lungödem, ökad ascites, tarmödem och illamående.

BESLUT OM BEHANDLING måste grundas på kunskap om törst- och näringsfysiologi, den döendes tillstånd samt insikt i döendets psykologi. Beslutet att ge eller inte ge parenteral näring/vätska ska tas av läkare i samråd med patienten. Patienten har rätt att tacka nej till erbjuden behandling men kan inte kräva behandling som inte är medicinskt motiverad.

De närstående ska dock informeras sakligt så att de kan bidra med omvårdnad och stöd till patienten, genom att till exempel ta del i munvården och hjälpa patienten att dricka enligt ordination. Misstro i dessa frågor beror nästan alltid på bristande kunskap och kommunikation. För att detta inte

ska bli ett problem när patienten inte längre kan förmedla sin ståndpunkt själv är det viktigt att påbörja samtalen om mat och dryck tidigt vid vård i livets slutskede, i samband med brytpunktsamtalen.

Efter ett sådant brytpunktsamtal finns det ytterligare information att inhämta för närstående i exempelvis Ulla Söderströms bok "Livets sista tid" eller vårt häfte "Vid livets slut".

Referenser:

Anders Birr & Christine Karlsson (2001). Broschyr. Vid livets slut. Hur kropp och själ förbereder sig inför mötet med döden

Franson, Peter, Göransson, Ulla & Kvist, Ulrik (1983). Anatomi och fysiologi 2. 4. uppl. Uppsala: Esselte Studium AB

Hanks, Geoffrey W. C. (red.) (2010). Oxford textbook of palliative medicine. 4. ed. Oxford: Oxford University Press

Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. (2012). Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan

Strang, Peter & Beck-Friis, Barbro (red.) (2012). Palliativ medicin och vård. 4., rev. uppl. Stockholm: Liber

Strang, Peter. Livskvalitet viktigaste målet. Läkartidningen, volym 97 nr 10, 2000



Christine Karlsson
Leg. Sjuksköterska, specialiserad inom onkologi med inriktning palliativ vård.
Palliativ vård och ASIH-Trelleborg



Anders Birr
Specialist i allmän onkologi, diplomerad i palliativ medicin.
Överläkare vid Palliativ vård och ASIH Helsingborg. Studierektor palliativ medicin region Skåne.

Foto: Linnea Birr