

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 4 • 2015

TEMA:

Jag mår illa...

Calogen Extra Shots – enda energishoten* i portionsförpackning



- Berikad med **protein, vitaminer och mineraler.**
- Svensk studie **visar högre viktuppgång** med Calogen Extra jämfört med kontrollgrupp.¹
- Nu finns Calogen Extra Shots även i **neutral smak!** Ett större smakutbud kan förbättra följsamheten.

Har du frågor om Calogen Extra Shots?

Kontakta Nutricia Direkt.
Vardagar 9-15, Tel: 08-24 15 30
info@nutricia.se
www.nutricia.se



*Livsmedel för speciella medicinska ändamål, fettemulsion med ≥4 kcal/ml.

¹Tyler S et al. Effects on energy intake by an energy rich formula distributed at medication rounds to elderly care residents – a randomised controlled trial. Poster PP025-SUN, ESPEN Göteborg 2011

NUTRICIA
Calogen®
Extra Shots

Jag mår illa...

På latin heter illamående nausea – sjösjuka, det tillstånd då magen är så orolig att den ger impulser till kräkning. Ordet nausea kommer från grekiskans nausia och nautia som båda rent bokstavligt betyder skepp. På svenska är ordet illamående flertydigt vilket blir uppenbart om man läser texten till Magnus Ugglas "Jag mår illa" Det kanske går att göra en palliativ version av texten - prova!

Som bekant kan man må illa både till kropp och till själ. I detta nummer har vi fokuserat på det fysiska illamåendet med ambitionen att belysa ett för patienterna svårt symtom. Vi är många som upplevt fysiskt illamående utan att ha haft en avancerad sjukdom. För flera av oss räcker det med att ha varit gravida och för andra kan en maginfluensa vara en nog så oangenäm upplevelse av illamående. Många patienter beskriver illamåendet som mycket obehagligt och till och med värre än smärta. Med egna erfarenheter av illamående är känslan bekant – den stör och överskuggar det mesta i livet, det går inte att koncentrera sina tankar på

något annat. Tror att många håller med om den känslan.

Det mesta som är skrivet om illamående handlar om illamående vid cancersjukdom, speciellt i samband med cytostatika-behandling. Men kanske är illamående generellt sett ett symtom som inte uppfattas så besvärande? Varför är det annars så lite dokumenterat om patienternas illamående i Svenska Palliativregistret? Och hur bra är vi på att lindra?

Språkfrågan är en ny fast avdelning som vi börjar med i detta nummer. Vi använder olika uttryck som har med palliativ vård att göra men tänker inte alltid på vad de egentligen betyder. Eller hur de kan uppfattas. Är det självklart att vi ska säga det vi säger? Menar vi det vi säger? Det kan finnas anledning att tänka efter och det tänker vi göra.

Vi tar gärna emot era synpunkter och uppslag på ord och uttryck ni vill att vi ska ta upp.

I detta nummer belyser vi hur Sverige står sig i internationell jämförelse när det gäller god vård i livets slut. Sverige i förhållande till resten av världen när det gäller palliativ vård är en fråga som vi återkommer till i kommande nummer.

Detta är det åttonde numret av tidskriften Palliativ Vård och vi går snart in på det tredje året.

Vi vill veta vad ni tycker om tidskriften och har därför sammanställt en läsvärdesundersökning som vi hoppas många vill fylla i. Priser utlottas bland deltagarna,...

Gå in på www.nrvp.se och klicka på Palliativ Vård – Läsvärdesundersökning så hamnar du rätt. Tack på förhand för att du bidrar med dina viktiga synpunkter.

Sylvia Sauter

Sylvia Sauter
Chefredaktör

Innehåll

4. Tema: Jag mår illa...
6. Viktigt att förstå orsakerna bakom illamående
8. Illamående i kvalitetsregistret
9. Möte med Gunnel Nordin
10. Mat & illamående
12. Ickefarmakologiska behandlingsmetoder
15. Medicinska riktlinjer för patienter med avancerad cancersjukdom
18. Akupunktur mot illamående vid cancer



20. Fototävling

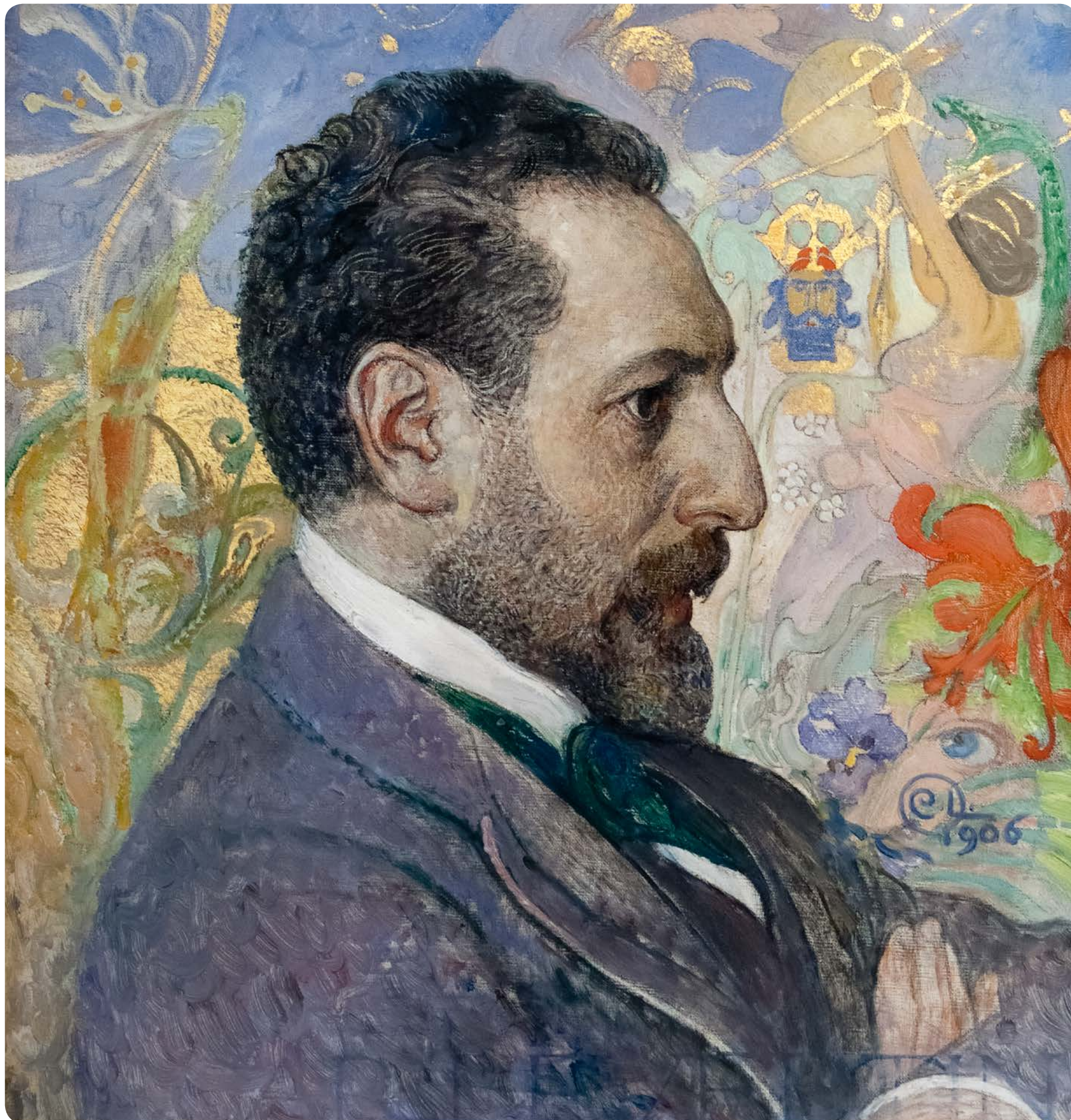


38. Krönika
39. Vetenskaplig kommentar
40. Medlemssidor



24. Intervju: Möt Antje Jackelén

27. 2015 Quality of death index
30. Samskapande vård
32. Språkfrågan
34. Debatt: Stopp, ingen HLR!
36. Patientfallet



Oscar Levertin porträtterad av Carl Larsson. Foto: Tord Lund

Systrar

mantel snöhvīt, i mantel rōd
lāngs stadens strākvāg ser jag dem vandra,
de hōga systrarna, Kārlek och Dōd,
som troget pā fārden fōlja hvarandra.

Den ena har prydt sig till frōjd och till fest
med lyckan som pannband kring skimrande tinning
Den andra har tārarnas pārlband fāst
som kant af kristall kring tunikans linning.

Den ena med spānnen af sāng och af skrott
har hāktat sitt bālte af midsommardrōmmar.
Den andra har sorgens ādelsten satt
i gōrdel fāllad med saknadens sōmmar.

Den ena strōr rosor i purpad brand,
som glōda lik vinstānk pā brōllopstilja.
Den andra strōr mullens blekbruna sand
med hand, som ār spenslig och hvīt som en lilja.

Sā skrida de hōga frān hus och till hus
och likgiltigt strō sina växlande hāfvor,
och fōrtviflans rop och frōjdernas rus,
de vāxa i spāren af systrarnas gāfvor.

Men sjālfva i tystnad fōljas de āt
och annat ān mēnniskosyner skāda,
och vālsignelsens tack och fōrbannelsens grāt
āro lika okānda ljud fōr dem bāda.

Oscar Levertin
Ur Legendor och visor (1891)

Viktigt att förstå orsakerna bakom illamående

TEXT // CARL JOHAN FÜRST

Illamående är ett vanligt och plågsamt tillstånd som riskerar att betraktas som ett symtom utan förklaring. Oftast finns dock en orsak till illamåendet som är viktig att förstå för att kunna ge effektiv och orsaksinriktad behandling. Då det tyvärr inte alltid går att finna en behandlingsbar orsak, får man nöja sig med symtomatisk behandling med läkemedel kombinerat med god omvårdnad och anpassad kost eller annan näringstillförsel.

Illamående är särskilt vanligt hos patienter med cancersjukdomar. Det finns studier som visar att mellan 40 – 70 procent av patienter med cancer i palliativ vård mår illa, konstant eller intermittent. Ibland är illamåendet kombinerat med kräkningar, ibland förekommer kräkningar utan särskilt mycket illamående. Patienter med cancer i mag-tarmkanalen är särskilt drabbade och av oklar anledning besvärar kvinnor oftare än män av illamående.

Illamående är ett komplext symptom och såväl orsaker som påverkan och konsekvenser kan ses på samma sätt som för smärta, det vill säga ett ”totalt illamående”. De som lider av illamående och kräkningar riskerar att också lida av andra symptom eftersom de kan ha svårt att ta mediciner och ha svårt med födointag vilket kan leda till viktfrörlust och trötthet. Också de närstående påverkas ofta av att ha en nära anhörig med illamående som inte svarar på behandling eller med kräkningar som är illaluktande och måste tas om hand. Det behövs därför stöd och information också till dem som finns omkring den sjuke.

Bedömning

En noggrann anamnes utgör som alltid grunden för lämplig behandling. Frågor som bör ställas till patienten handlar om exempelvis: När och hur började illamåendet, finns det faktorer som påverkar - ökar eller minskar -, vad förvärrar och vad hjälper, finns det ett mönster över tid och hur fungerar magen. Till detta kommer en genomgång av medicinlistan eftersom flera vanliga läke-

medel har illamående som biverkning. Tabell 1.

Anamnes

- Utlösande faktorer, tidsförlopp, volym på kräkningar
- Cytostatika- eller strålbehandling senaste tiden
- Vad förvärrar och vad hjälper, inklusive prövade läkemedel
- Avföringsmönster
- Läkemedelslista

Fysikalisk undersökning

- Tecken på uttorkning, infektion
- Neurologisk påverkan
- Bukstatus, palpation, tecken till vätska i buken, tarm ljud

Laboratorieprover

- Urea och elektrolyter inklusive calcium
- Leverstatus
- Blodsocker

Urinsticka

- Misstanke om urinvägsinfektion

Tabell 1. Förslag till lämpliga undersökningar av en patient med illamående och kräkningar.

Orsaker

Någon form av problem i mag-tarmkanalen är givetvis den vanligaste orsaken till illamående och kräkningar. Man kan gå hela vägen från nedsatt munstatus med tumörväxt eller svamp och dålig lukt till förträngningar i matstrupen, en dåligt fungerande magsäck, mekaniska hinder i tarmen i form av tumörer, postoperativa komplikationer, strålskador eller uttalad förstoppning.

Illamående kan också bero på att kräkcentrum i förlängda märgen påverkas direkt av giftiga ämnen i cytostatika, andra mediciner eller toxiska ämnen som en följd av cancersjukdomen i sig eller exempelvis vid leversvikt eller njursvikt. I palliativ vård är smärtbehandling med morfin och andra opioider vanligt och illamående förekommer hos runt 20 procent av alla patienter när smärtbehandling med opioider inleds.

Även tumörväxt och ökat tryck i hjärnan eller påverkan på balanssinnet kan ge illamående och kräkningar. En infektion kan utlösa illamående och patienter med svår hjärtsvikt lider ofta av illamående. Mycket slem som man inte orkar hosta upp ger ibland också illamående. Psykologiska orsaker som ångest, stress eller inlärt illamående efter cytostatikabehandlingar kan förvärra eller ge upphov till illamående.

Vård och behandling

Det viktigaste är att försöka komma åt roten till det onda, det vill säga att behandla orsaken. I palliativ vård måste insatt orsaksinriktad behandling alltid vägas mot eventuellt obehag för patienten. Om det handlar om att behandla exempelvis hypercalcemi eller förstoppning kan valet av behandling vara tämligen enkel förutsatt att patienten inte är döende. Handlar det om kirurgiska ingrepp hos en patient med dåligt allmäntillstånd kan beslutet vara svårare. Om det inte är möjligt att utföra ingreppet blir behandlingen symtominriktad.

De viktigaste omvårdnadsåtgärderna handlar om att förebygga och behandla förstoppning och se till att patientens munhälsa är så bra som möjligt. Undersök regelbundet, se till att mun och tänder är rena och behandla exempelvis svampinfektioner vid behov. Undvik mat med starka dofter och matos, servera små och aptitliga portioner. Vissa patienter föredrar kall mat. Det finns gott om råd och erfarenhet kring detta inom cancervården. Icke farmakologisk behandling av illamående innefattar akupunktur och akupressur - armband kan provas. Den

psykologiska delen vid svåra symptom och stödet till närstående gäller förstås här som alltid inom palliativ vård och får inte glömmas bort.

Läkemedel mot illamående har olika verkningsmekanismer och kan ibland riktas mot en särskild orsak. Ett exempel kan vara att ordinera en 5HT-3 antagonist vid cytostatikainducerat illamående eller en antihistamin om balansorganet är orsaken. När morfinbehandling ska påbörjas rekommenderas att samtidigt ordinera metoclopramid eller metoclopramid. Ibland behöver en kombination av olika antiemetika väljas för att nå lindring. Tilläggsbehandling med kortikosteroid är ofta effektivt och ibland kan även ett benzodiazepinpreparat eller H1-antagonist – prometazin - vara lämpligt som tillägg i illamåendebehandlingen. Flera läkemedel mot illamående blockerar dopaminreceptorer i hjärnan vilket medför risk för så kallade extrapyramidala biverkningar med stelhet och myrkrypningar. Även så kallade antikolinerga biverkningar är vanliga med risk för muntorrhet, urinretention och förvirring.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



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

Orsak	Förslag på läkemedel
Biokemiska, toxiska, metabola orsaker Cytostatikautlöst	Dopaminreceptorantagonist. Ex haloperidol, initialt 0,5-1 mg x 1 p.o./s.c./i.v. Ondansetron 4-8 mg x 1-2 p.o./munlöslig/i.v.
Nedsatt rörelse i magtarmkanalen	Prokinetisk. Ex. metoklopramid 10-40 mg x 4 p.o eller 30-80 mg sc/24/h Dock inte vid misstanke om mekaniskt tarmvred
Intrakraniella, vestibulära orsaker	Antihistamin. Ex Meclozin 25mgx2 p.o. Scopodermplåster, bytes var 3 e dag
Multifaktoriell eller oklar orsak, ej effekt av ovanstående	Kortikosteroid. Ex betametason 4- 8 mg x1 Benzodiazepiner. Ex diazepam 2-5 mg dagl. Levomepromazin. 2,5 – 5 mg x 2 (risk för trötthet) Prometazin 5-25 mg x2 (risk för trötthet)

Tabell 2. Läkemedelsbehandling av illamående och kräkningar

Illamående i kvalitetsregistret

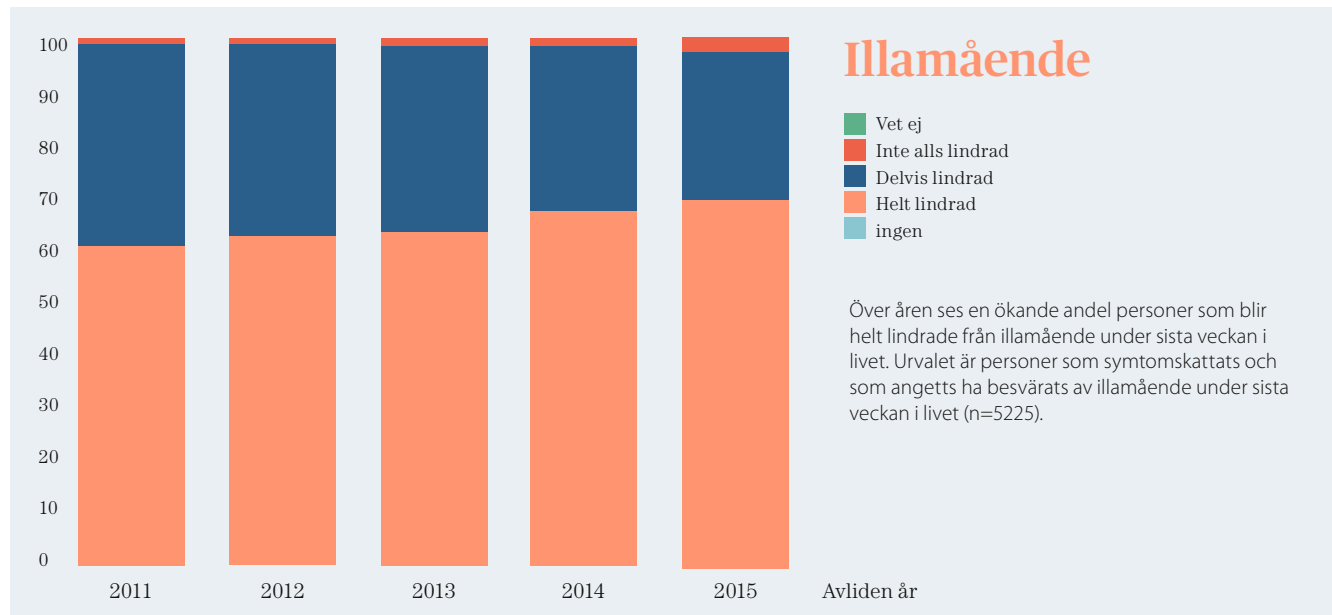
TEXT // STAFFAN LUNDSTRÖM

Illamående är ett vanligt och ofta mycket besvärande symtom för patienter i ett palliativt sjukdomsskede. Inte sällan berättar patienter att de kan stå ut med smärta, men att illamående är mycket svårare att hantera. Men hur vanligt är det, vilka är det som drabbas, och gör vi tillräckligt för att lindra illamående hos patienter i livets slutskede?

DEN 1 JANUARI 2011 lanserades Svenska Palliativregistrets reviderade dödsfallsenkät där betydelsen av dokumenterade åtgärder som till exempel brytpunktssamtal, munhälsobedömning samt symtomskattning lyftes fram. Från 1 januari 2011 till 7 oktober 2015 hade totalt 269 825 dödsfall registrerats i Svenska Palliativregistret. Av dessa hade man hos 13 procent - 34 154 personer - angivit att en symtomskattning av övriga symtom - annat än smärta - gjorts med ett validerat symtomskatt-

ningsinstrument under den sista veckan i livet. Det är på denna grupp som de fortsatta analyserna görs för att få så giltiga/valida resultat som möjligt.

Av dessa 34 154 personer uppgavs 15 procent ha haft illamående vid något tillfälle under sista veckan i livet. År 2011 var det 60 procent som lindrades helt från sitt illamående. Motsvarande siffra för 2015 är 69 procent, alltså en tydlig ökning av andelen helt lindrade patienter. Parallellt med detta syns i registret en ökad andel personer i livets slutskede med vid behovsordinerat läkemedel mot illamående i injektionsform ; från 76 procent 2011 till 87 procent 2015 när hela gruppen som symtomskattats under sista veckan i livet analyserats. Är detta en av förklaringarna till att man lyckats bättre med symtomlindringen? Andelen personer som har en sådan ordination varierar mellan olika vårdformer, från 64 procent på sjukhus till 97 procent i den specialiserade palliativa slutenvården. Frågan om grad av symtomlindring kan i registret besvaras med alternativen helt, delvis eller inte alls. Hos mellan 1 och 2 procent av de 5225 personer som angavs ha illamående hade illamåendet inte lindrats alls enligt uppgifterna i registret.



AV PERSONERNA SOM 2011 – 2015 angavs ha illamående hade 67 procent en cancerdiagnos, 20 procent en hjärtsjukdom och 16 procent en multisjuklighet som grundtillstånd som ledde till döden. För gruppen med cancerdiagnos, där man delvis eller inte alls lyckades lindra illamåendet under sista veckan i livet – 1242 personer – var pancreascancer den vanligaste diagnosen följt av lungcancer och prostatacancer. Av dessa vårdades 299 personer på korttidsboende eller särskilt boende och 149 av dem bedömdes av extern kompetens avseende symtomlindring under sista veckan i livet. 71 procent av dessa bedömdes av ett palliativt team, alltså en dryg tredjedel av alla de som inte hade ett helt lindrat illamående. Motsvarande siffror för sjukhus var 207 patienter varav 24 procent bedömdes av ett palliativt team. 621 av 1242 cancerpatienter med ett inte helt lindrat illamående sista veckan i livet vårdades inom specialiserad palliativ vård.

En sammanslagning av resultaten visar att drygt 60 procent av alla cancerpatienter med ett inte helt lindrat illamående sista veckan i livet fick tillgång till någon form av specialiserad palliativ kompetens. En jämförelse med delvis eller inte alls lindrad smärta hos cancerpatienter under sista veckan i livet visar samma resultat; drygt 60 procent hade tillgång till någon form av specialiserad palliativ kompetens.

SAMMANTAGET VISAR DETTA att illamående förekommer hos 15 procent under sista veckan i livet, att vi över åren blivit bättre på att lindra symtomet, att det huvudsakligen förekommer hos cancerpatienter och att nästan två tredjedelar av dessa patienter har tillgång till någon form av specialiserad palliativ kompetens.



Staffan Lundström
Med dr, överläkare, Palliativt Centrum & FoUU-enheten vid Stockholms Sjukhem.

Gunnel Nordin patient på Axlagården Hospice

Vill du berätta om ditt illamående?

Det är ett illamående som kommit och gått i många år sedan jag fick cancer. Tidigare var det cellgiftsbehandlingarna som gav illamående men nu är det sjukdomen som ger illamående.

Illamåendet påverkar hela mig så att jag inte orkar någonting, jag blir helt utslagen, kraftlös....



Det värsta illamåendet har kommit i samband med cellgiftsbehandlingarna, det var ju besvärligt emellanåt, men samtidigt har jag kunnat hantera det – Nisse (doktorn) hjälpte mig och jag har haft många olika preparat. Då när magen fungerade bättre tog jag tabletter mot illamåendet en timme före varje måltid och det fungerade. Men nu är det sämre.

Jag mår ganska bra när jag ligger, men när jag sätter mig upp för att gå på toa mår jag ibland väldigt illa. Jag vet att oro och ångest kan framkalla illamående, men så är det inte för mig – jag känner mig psykiskt stabil och har ingen ångest. Men illamåendet är inte roligt...

Är det något annat som kan framkalla illamående hos dig?

Ja, dofter är inte trevligt längre, matdoft och kaffedoft kan jag bli illamående av, men hur känslig jag är för detta varierar.

Är det något som du eller vi i personalen kan göra för att undvika ditt illamående, eller för att det ska bli bättre?

Det handlar om att äta små portioner, jag tuggar noga och försöker dra ut på måltiden. Jag mår också bättre när jag har sällskap vid matbordet, det betyder mycket för mig om till exempel maken äter tillsammans med mig. Jag är väldigt noga med att borsta tänderna, det har jag alltid varit och jag mår naturligtvis mycket bättre om jag är ren i munnen. Sen är det trevligt om det är välstädat och vädrat i rummet, det hjälper också.

Berättat för



Liv Meidell
Leg. sjuksköterska vid Axlagården Hospice samt adjunkt vid Inst. för omvårdnad, Umeå universitet



Mat & illamående

TEXT // LILIAN MORÉN

VID ILLAMÅENDE OCH/ELLER kräkning är det svårt att äta och dricka. Dietisten får ofta frågor av patienter och anhöriga om råd när det gäller mat och dryck vid illamående. Det är viktigt att rådgöra med läkare och sjuksköterska vid dessa besvär för att eventuellt erhålla läkemedel som kan lindra.

Några praktiska allmänna tips som kan vara till hjälp. När vi äter och dricker påverkas vi av synintryck, doft och smak. Synintryck är svårt att undvika, smak och doftintryck kan minskas genom att servera kött och fiskrätter kalla då kall temperatur gör att matens doft och smak minskar i jämförelse med varm mat.

- *Potatis/potatismos med kall kött/fiskrätt samt grönsaker. Upplevelsen av att äta mat är ofta beroende av temperatur = vi känner att vi ätit en måltid om den serveras varm, kalla måltider upplevs ibland inte som lika kompletta.*
- *Under vinterhalvåret känner många ett behov av att äta varm mat. Prova därför att servera varm potatis/potatismos med kokta grönsaker till en kall kött/fiskrätt och sås.*
- *Förslag på kalla kött/fiskrätter: köttbullar, kyckling, korv, fiskbullar, makrill i tomatsås, lax, sill, ägg, smörgåspålägg av kalkon, skinka, rostbiff med mera.*
- *Om det är svårt att äta varma måltider eller delar av måltider servera kall kött/fiskrätt med potatis-sallad, rödbetssallad, legymsallad, mimosasallad etc.*

Dietistens tips!

VID ILLAMÅENDE TOLERERAS ofta flera små måltider bättre än få och stora måltider. Det kan även vara bra att undvika/minska mängden dryck i samband med måltid och istället dricka mellan måltiderna. Salt mat kan dämpa illamående - exempelvis sill, Janssons frestelse, stekt fläsk med löksås, paltbröd med vitsås och stekt fläsk, potatisbullar med bacon, gubbröra, ägghalvor med kaviargrädde, makrill i tomatsås.

NÄR SMAKEN ÄR det stora problemet kan det vara värdefullt att äta mat/livsmedel med så neutral smak som möjligt exempelvis gröt, avokado, keso, filmjolk, yoghurt.

Fet mat tar längre tid att lämna magsäcken och kan innebära att illamående uppstår eller förvärras, det finns dock inget behov av att undvika fet mat om det inte medför obehag/illamående.

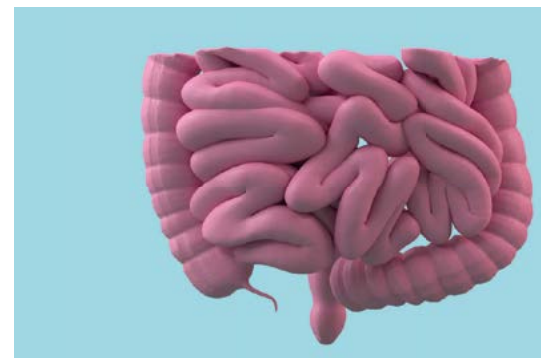
Övriga praktiska åtgärder som kan vara värdefulla:

- *Använd fläkt vid matlagning och vädra rummet före måltid*
- *Vila efter måltid med huvudet högt*
- *Vistas om möjligt utomhus en stund varje dag, gärna en kort promenad i lugnt tempo*



Lilian Morén
Leg.dietist, Östersunds Sjukhus,
ordförande sektionen DiO

BEHANDLING AV OPIOIDORSAKAD FÖRSTOPPNING BORDE VARA EN NO-BRAINER



MOVENTIG® (naloxegol) – den första tabletten som tas en gång om dagen och behandlar opioidorsakad förstoppning (OIC) där den uppstår i gastrointestinkanalen, utan att påverka den opioidmedierade smärtlindrande effekten.¹

Läs mer på connectinhealth.se/moventig

Ref: SPC Moventig (naloxegol).

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Moventig® (naloxegol) 12,5 mg och 25 mg filmdragerade tabletter, Rx, (F).

Naloxegol fungerar som en perifert verkande my-opioidreceptorantagonist i magtarmkanalen och minskar därmed de förstoppande effekterna av opioider utan att påverka den opioidmedierade analgetiska effekten på centrala nervsystemet. Rekommenderad dos av Moventig är 25 mg en gång dagligen (12,5 mg för specialpopulationer).

Indikation: Behandling av opioidorsakad förstoppning (OIC, opioid-induced constipation) hos vuxna patienter med otillräckligt behandlingssvar på laxermedel. För definition på "otillräckligt behandlingssvar på laxermedel", se nedan.* För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se.

Moventig har subvention med begränsning: Subventioneras endast för patienter med opioidorsakad förstoppning med otillräckligt behandlingssvar på laxermedel.

* För att kategoriseras som otillräckligt behandlingssvar på laxermedel måste patienten under de senaste två veckorna haft OIC-symtom av minst måttlig allvarlighetsgrad samt behandlats med laxermedel av minst en laxermedelsklass under minst fyra dagar. SPC 2014-12-08.

AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00



Ickefarmakologiska behandlingsmetoder

TEXT // LENA NILSSON & SOLVEIG Teglund

67-åriga Ester har cancer i levern och är inlagd på kirurgavdelningen. Hon har fått besked om att hennes behandling med avsikt att förlänga livet har avslutats och att behandlingen nu är inriktad på symtomlindring. Hon är erbjuden att flytta till Axlagården Hospice i Umeå.

Tankarna börjar snurra då Ester vet att där tillbringar personer sina sista dagar i livet. Ska jag dö nu? Ester känner att hon inte är redo för döden. Efter samtal med make, dotter och vårdpersonal beslutar hon sig ändå för att flytta. Natten innan hon åker kommer illamåendet smygande, nattpersonalen erbjuder henne en spruta och några kräkpåsar, därefter blir hon lämnad ensam. Under färden till Axlagården mår hon illa och kräks. Vid ankomsten till Hospice står sjuksköterskan Lovisa vid entrén och tar emot, det tycker hon känns tryggt.

MELLAN 40-70 PROCENT av alla cancerpatienter i palliativt skede mår illa av och till eller konstant. Illamående förekommer i hög utsträckning även inom andra diagnosgrupper och kan innebära allt ifrån små uppstötningar till stora kaskadkräkningar. En del beskriver det ständi-

ga illamåendet som mer plågsamt än smärta. Det riskerar också att försämra livskvalitén för den sjuke med en känsla av hopplöshet, desperation och till och med självmordstankar

Ester blir erbjuden middag första dagen och hon känner direkt hur illamåendet kommer smygande. Lovisa uppmärksammar detta och sätter sig ner och lyssnar. Under samtalet berättar Ester om oron över att kräkas i matsalen, och rädslan över att nu vistas på ett Hospice.

Att inte kunna delta vid måltider på grund av illamående kan ofta leda till känsla av utanförskap i det sociala sammanhanget. Dessutom kan rädsla över förlorat energiintag kännas som att döden närmar sig allt hastigare. Det kan även leda till stor frustration hos närstående då den sjuke inte äter.

Samtalet flyttar fokus från mat och Ester blir mindre illamående och vill nu gärna prova något att äta. Lovisa föreslår att Ester börjar med att dricka och kommer in på rummet med en liten bricka med två vackra glas på en fin servett som är fyllda till hälften



Jag mår illa, kan någon hjälpa mig?

med olika drycker. Ester dricker några klunkar och är glad över att få i sig lite näring utan att det kommer en kräkning.

För att lindra illamåendet är det viktigt att ta reda på vad som kan vara orsaken. Förstoppning, urinvägsinfektion, munsvamp, smärta, existentiella funderingar, stress, yrsel, diagnos, sömnlöshet eller eventuellt andra orsaker? I teamet utför vi olika omvårdnadsåtgärder för att minska besvär med illamående. Då personer har illamående av olika orsaker får man prova sig fram till vad som kan hjälpa den enskilde bäst. Vid ett illamående som utlöst en kräkning är det ofta skönt att det finns personal bredvid som kan hålla en stödjande hand på pannan, ge möjlighet att skölja munnen, borsta tänderna samt få möjlighet att tvätta av sig efteråt. Gäster som mår illa och kräks behöver ha kräkpåsar, servetter och ett glas vatten lättillgängligt.

FÖR ATT LINDRA morgonillamående kan man erbjuda lite söt saft att dricka liggandes i sängen en halvtimme före frukost. På Axlagården har vi kockar som arbetar i köket alla dagar i veckan och då är det lätt att erbjuda anpassad önskekost vilket leder till större valfrihet för gästen. Till lunch och middag finns det alltid varm soppa som ett alternativ till den övriga menyn.

I det sena palliativa skedet är det av vikt att redan vid ankomstsamtalet ta reda på vad gästen tycker om och mår bra av, snarare än att gå efter kalori- och näringstabeller. Tack vare att köket inte ligger i direkt anslutning till matsalen kan matos undvikas i stor utsträckning. Att känna doften av matos kan trigga igång ett illamående eller en kräkning.

DET KAN VARA till hjälp att dricka klara drycker mellan måltiderna, hellre än samtidigt med maten. Allt för energität kost kan göra vissa personer i sent palliativt skede mer illamående, däremot kan salt mat lindra besvären. Då köket alltid står till vårt förfogande kan vi erbjuda gästen att äta lite men ofta, om så önskas. En bit sill, salta kex, neutral kost som äggrätter och kall mat som kalvsylta kan vara ett komplement till övrig kost. Maten serveras på vackert porslin, med omsorgsfull och vacker uppläggning, viktigt är också att anpassa storleken på porslinet till mängden mat och dryck som ska serveras. Det är bättre att portionen är för liten än för stor. Den varma maten serveras på varma tallrikar. Vi kan föreslå små bitar av fint uppskuren frukt. Om personen inte klarar av att äta någon fast föda alls på grund av sitt illamående erbjuds alltid någon

Comfort Shield Barriärtvättflappar



Ger ett allt-i-ett-skydd som förebygger och hjälper mot inkontinensrelaterade hudinflammationer som ofta leder till trycksår.



Dag 1.



Dag 4.

”Vi fick ner incidensen (sår uppkomna på sjukhuset) till hälften efter att ha infört carebundles som bland annat fokuserade på att hålla huden torr och ren med hjälp av inkontinensvättflappar hos inkontinenta patienter.”
- Professor Christina Lindholm, om resultatet på Dalens sjukhus

1. Sluser S. Consistency is the key for treating severe perineal dermatitis due to incontinence. Poster presented at the Clinical Symposium on Advances in Skin and Wound care (ASWC), Las Vegas, NV 2005 Oct.

Prevalon Tryckavlastande stövel



En komfortabel stövel som håller hälen totalt fri från tryck och även förebygger droppfot/spetsfot samt rotation av benet.

Techno Medica AB

Krossgatan 15, 162 50 Vällingby Tel 08-754 00 30 Fax 08 – 380199
E-mail: info@technomedica.se www.technomedica.se



form av dryck, glass eller åtminstone en isbit att suga på. Efter måltiden kan det vara bra att vila med huvudet lite högt. Gäster som ofta mår illa väljer inte sällan att äta på rummet i stället för att gå ut i matsalen och då är det extra viktigt att tänka på en skön sittställning. Vår erfarenhet är att det underlättar att sitta med rak rygg vid matbordet istället för att sitta ihopsjunken. I de fall personen inte orkar komma upp ur sängen, är ett bra ryggstöd till hjälp, exempelvis med en så kallad Schampikudde - som en av våra sjuksköterskor har utvecklat.

LIGGER PERSONEN KVAR I sängen ska gästen först högt upp mot huvudändan innan man höjer upp ryggstödet till en bekväm sittställning. En kudde under knävecket kan kännas skönt. Vädra och håll gästrummet fräscht innan maten serveras. Rätt belysning i rummet och om möjligt tända ljus kan bidra till ökat välbefinnande och eventuellt minska illamåendet. När gäster som inte klarar av att äta själva matas är vi måna om att visa upp maten, anpassa tuggstorleken och takten.

Det är betydelsefullt att skapa lugn och ro för gästerna för att minska, förhindra och lindra illamående. Att sitta ned och vara tyst, utan krav på samtal, att ge beröring med hjälp av taktil stimulering eller enbart att lägga en hand på den sjuke kan upplevas lugnande och därmed också minska illamåendet. Ibland kan avslappnande musik eller musik som gästen tycker om ge önskvärd effekt på illamåendet. För den som tillbringar all tid i sängen är det skönt att känna sig ren inför en måltid, rena kläder och fräscht i sängen kan upplevas behagligt. En del gäster reagerar på starka dofter och dessa bör då undvikas. En gäst som mår illa kan behöva få hjälp med munvård inför och efter måltiden för att underlätta och minska risken för illamående.

VISER IBLAND att många, alternativt stora tabletter kan leda till illamående och utlösa kräkningar. Ett samtal

med patientansvarig läkare för att om möjligt sanera i läkemedelslistan är en åtgärd som kan vara till hjälp. Vid alla omvårdnadsåtgärder inom sjukvården är personalen skyldig att dokumentera iakttagelser, åtgärder och utvärdering (SOSFS 2008:14, kap 3). Det är av stor vikt att alla i teamet dokumenterar vad som gett upphov till illamående och eventuella kräkningar samt vilken åtgärd som haft effekt. Illamåendet kan förändras liksom omvårdnadsåtgärderna kan varieras över tid.

”

Vi kan inte lova bot mot illamående för våra gäster, men vi kan alltid göra vårt yttersta för att lindra.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Lena Nilsson
Leg. sjuksköterska, Axlagården Hospice, Umeå



Solveig Teglund
Leg. sjuksköterska, Axlagården Hospice, Umeå

Medicinska riktlinjer för patienter med avancerad cancersjukdom för att förebygga och behandla illamående och kräkning

TEXT // SUSANNE CARLSON BENNET

Studier visar att riktlinjer är värdefulla för att vårdpersonal på bästa sätt ska kunna behandla illamående och kräkningar för patienter med cancersjukdom. Illamående är ett av de symtom som påverkar patientens livskvalitet mest.

Evidensbaserade lokala riktlinjer för patienter med avancerad cancersjukdom för antiemetikaprofylax och -behandling vid kemo-terapi och radioterapi utarbetades 2006 – 2008. Målet var att underlätta för vårdpersonalen att ställa en orsaksrelaterad diagnos till illamående och kräkningar specifikt vid avancerad cancersjukdom liksom att öka kunskapen om behandling av illamående och kräkningar genom utbildningsinsatser.

Illamående och kräkningar är ett vanligt symtom hos patienter med avancerad cancersjukdom och upp till 60 procent av patienterna mår

illa och cirka 30 procent besväras av kräkningar. Dessa symtom förorsakas antingen av cancersjukdomen i sig eller på grund av den onkologiska behandlingen. Det har gjorts få kontrollerade studier om effekten av antiemetikabehandling vid avancerad cancersjukdom vilket gör att evidensen är svag. Endast ett fåtal randomiserade studier är gjorda, mycket av det som skrivits är fallrapporter.

FÖR ATT UTREDA orsaken till illamående och kräkningar hos svårt sjuka patienter är det viktigt att försöka hitta orsaken och därför är en utförlig anamnes och status ett första steg. Att ställa rätt frågor till

patienten är betydelsefullt. Detta är något som sjuksköterska eller läkare bör utföra så snart som möjligt då patienten till exempel inkommer akut på grund av besvär med illamående och kräkningar.

Fråga specifikt efter illamående respektive kräkningar, dygnsvariation, relation till intag av läkemedel samt vilka läkemedel patienten tar. Fråga om illamåendet blir värre efter matintag, om kräkning uppkommer i anslutning till matintag och om det i så fall förbättrar eller förvärrar illamåendet och kräkningarna. Försök också att ta reda på mängd, färg och lukt på kräkningen samt om patienten besväras av slem. Oavsett

orsak till illamående och kräkning-
ar är det viktigt med en noggrann
uppföljning av insatt behandling
samt utförlig dokumentation. Ut-
värderingen bör göras utifrån varje
ny åtgärd, vare sig det handlar om
farmakologiska eller andra åtgärder.
Ett sätt kan vara att dagligen eller
vid varje arbetspass dokumentera
graden av illamående i mätvärden
enligt NRS-skala.

EN AV DE viktigaste aspekterna är
att inte se illamående och kräkning-
ar som ett diffust symptom som ska
dämpas. Det är ett symptom som ska
diagnostiseras och åtgärdas.
Illamående vid avancerad cancer-
sjukdom kräver ofta läkemedels-
behandling och ofta behövs en
kombination av flera preparat. Det
är viktigt att kombinera läkemedel
med olika verkningsmekanismer
och att försöka tänka mekanisamba-
serat, med andra ord vilka receptor-
er kan vara inblandade och vilka
läkemedel som då är aktuella.

Här följer ett exempel på riktlinjer-
na baserat på olika problemområden
och mekanismer:

Hinder i gastrointestinalkanalen
Vid en tarmobstruktion ackumule-
ras vätska i tarmlumen. Åtminstone
tre faktorer påverkar detta:

1) *ansamling av vätska som ut-
söndrats från ventrikeln, pankre-
as och gallgångarna*

2) *minskad resorption av vatten
och natrium*

3) *ökad sekretion av vatten och
natrium i tarmlumen. Detta med-
för stora flöden med vätske- och
saltförluster som följd.*

För att reducera sekretionen i
mag-tarmkanalen och på så sätt
minska utspändheten i tarmen
kan ett antikolinergika såsom
skopolamin (Scopoderm) prövas.
Alternativt kan behandling med

butylskopolamin (Buscopan) eller
en somatostatinanalog, oktreotrid
(Sandostatin) prövas, speciellt vid
högre hinder med stora flöden. Ok-
treotid minskar sekretionen av neu-
ropeptider i övre delen av gastro-
intestinalkanalen. Detta minskar
både peristaltiken i tarmarna och
vätskeutsöndringen, vilket ger en
symtomlindring av illamående,
kräkningar och smärta.

OM HINDRET SITTER längre ner i
gastrointestinalkanalen är vätskeflö-
dena mindre och då rekommenderas
istället butyrofenonen haloperi-
dol (Haldol) eller antihistaminen
meklozin (Postafen). Data talar
också för att kortison kan påskynda
upplösningen av en tarmobstruk-
tion. Mekanismerna är oklara
men en hypotes är att kortisonet
minskar ödemet i tarmväggen. Vid
en utspänd tarm påverkas sanno-
likt 5HT3-receptorer lokalt och
5HT3-antagonister kan därför ha en
antiemetisk effekt. Dokumentatio-
nen av 5HT3-receptorantagonister-
nas effekt mot illamående
och kräkningar vid avancerad
cancersjukdom är begränsad. Vid
obstruktion i gastrointestinalka-
nalen är det initialt viktigt med en
kirurgisk konsultation för att bedö-
ma om tillståndet är tillgängligt för
kirurgi eller stentning. På detta sätt
kan ileusbehandling hos en inopera-
bel patient ofta skötas konservativt
utan ventrikelsond och intravenös
vätsketillförsel. Målsättningen bör
vara endast ett fåtal kräkningar
per dygn och inget illamående. För
bästa möjliga symtomlindring ska
även smärta behandlas effektivt och
opioider är förstahandsvalet
vid nociceptiv visceral kontinuer-
lig smärta. Vid nociceptiv visceral
intermittent smärta, till exempel
krampsmärtor, behöver opioiden
kompletteras med antikolinerga
läkemedel, till exempel butylskopo-
lamin (Buscopan).

Arbetet vid onkologiska kliniken
på Karolinska Universitetssjukhu-

set har fortsatt och vi informerar,
utbildar och implementerar de nya
och uppdaterade riktlinjerna som
publicerades 2012. Det har varit en
utmaning att nå så många medar-
betare som möjligt på grund av att
klinikens olika sektioner är place-
rade på tre olika geografiska ställen
och uppdelade utifrån diagnos.
Implementeringen fortsätter konti-
nuerligt och fokus är på den enskil-
da patientens problem.

”
**Som antiemetikaansva-
riga blir vi ofta kontak-
tade av medarbetare
som vill ha hjälp med
patienter som har be-
svär som är svåra att
behandla.**

Kontinuerlig utbildning med pa-
tientfall genomförs också och exem-
pel på forum för dessa utbildningar
kan till exempel vara ST-utbildning-
ar och planeringsdagar.

UTMANINGEN FINNS kvar att
nå så många som möjligt av klini-
kens medarbetare för att kunna
ge patienten en så evidensbaserad
behandling och omhändertagande
som möjligt. Vi har lyckats bra och
vid de tillfällen när det fungerar
som det ska och vi får ta del av att
patienterna mår bättre, får vi lust
och energi att arbeta vidare.

EN VIKTIG ASPEKT när det gäl-
ler att bedriva utbildnings- och
förändringsarbete är att känna
stöd och uppmuntran från chefer,
medarbetare och framför allt att se
att patienterna mår bättre. Ett stort
mått av envishet underlättar också

liksom att vi har roligt i arbetsgruppen när
vi stretar vidare med detta så viktiga om-
råde inom cancervården. Riktlinjerna finns
på hemsidan för all personal på onkologiska
kliniken på Karolinska Universitetssjukhu-
set.

Är du intresserad av materialet så kontakta
Susanne Carlson Bennet e-post: susanne.
carlson-bennet@karolinska.se

Artikeln med referenser finns på www.nrvp.se

Susanne Carlson Bennet
Kvalitetssamordnare, specialistsjuksköterska i
onkologisk omvårdnad Antiemetikaansvarig sjuksköterska,
Onkologiska kliniken, Karolinska Sjukhuset

FAKTA

2006 - 2008 utarbetades riktlinjerna i vårdutvecklingspro-
jektet SOAP (Stockholm Oncology Antiemetic Project)
med bidrag av Cancerfonden. Projektledare var Katarina
Öhring, specialistläkare och Susanne Carlson Bennet var
biträdande projektledare, båda från onkologiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset.

Specialistläkare Christel Hedman och Susanne Carlson
Bennet var huvudansvariga för materialet som initialt
arbetades fram för SOAP-projektet. Sedan 2012 är specia-
listläkare Louise Tibell tillsammans med Susanne Carlson
Bennet ansvarig för antiemetikafrågor och för utarbetande
av evidensbaserade lokala riktlinjer för antiemetikaprofy-
lax och -behandling vid kemoterapi, radioterapi samt för
patienter med avancerad cancersjukdom.

episil®
MUNHÅLEVÄTSKA

**Mot smärta
i munnen**

Inflammation med sår och blåsor i munnen är en vanlig och
smärtsam biverkning av cancerbehandlingar. episil® munhåle-
vätska ger snabb och effektiv smärtlindring genom att bilda
en tunn film som skyddar munslemhinnan i upp till 8 timmar.

episil® är en registrerad medicinteknisk produkt och
finns tillgänglig receptfritt. Mer information om produkten
och hur du beställer hittar du på www.episil.se

Camurus AB, Ideon Science Park, 223 70 Lund, Sverige
episil@camurus.com | 046-286 57 30 | www.episil.se

CAMURUS®

Samtalskonst
för personal inom palliativ vård

**Hur möter man de stora frågorna om
livet, sjukdom, lidande och död?**

**Kursen ger dig verktyg att våga ge dig
in i det svåra samtalet med fokus på
hur man ger stöd vid existentiell kris.**

”
*Nu har jag dessa
verktyg som grund för
samtalen, vilket gör att
samtalen blir mycket
bättre. / Paula*
”

Ansök idag!

Datum i vår:
vecka 6,15 & 19

Liljeholmen
— FOLKHÖGSKOLA —
www.liljeholmen.nu/kortakurser

Här finns
mer info

Akupunktur mot illamående vid cancer: specifika och ospecifika behandlingseffekter

TEXT // ANNA ENBLÖM

Illamående är ett vanligt problem vid cancer, både i kurativt och palliativt skede. Många patienter är intresserade av akupunktur, men det är inte tidigare känt om akupunktur lindrar strålningsutlöst illamående och kräkningar. De studier som gjorts påvisar nytta för patienten, men beror nyttan på akupunkturen eller på omhändertagandet?

”Att lindra sidoeffekter och öka fysisk aktivitet vid cancer: specifika och ospecifika behandlingseffekter” kallar jag min forskningsprofil, sedan jag disputerade 2008. Under avhandlingsarbetet gick en anhörig bort i en cancersjukdom. I palliativt skede led han mycket av illamående, och han sade då något till mig som jag har burit med mig: ”Man måste tro på sin behandling om den ska hjälpa.”

Den sista delstudien i avhandlingen kom följaktligen att undersöka om det är akupunkturen i sig, med dess specifika kännetecken hudpenetrering och stimulering av traditionella akupunkturpunkter, som orsakar en eventuell illamåendelindring eller om effekten orsakas av ospecifika komponenter i akupunkturproceduren? Dessa ospecifika komponenter kan till exempel vara omhändertagandet och patientens tilltro till att få effekter.

I STUDIEN LOTTADES 215 patienter, som inte visste vilken behandling de skulle få under sin strålbehandlingsperiod, hälften till genuin akupunktur och hälften till simulerad akupunktur. Genuin akupunktur gavs med nålar som penetrerade och stimulerade den traditionella illamåendelindrande punkten Pericardium 6 - PC6 - vid båda handlederna. Simulerad akupunktur gavs på en så kallad sham-punkt, ingen riktig akupunkturpunkt, med en teleskopisk sham-nål som är trubbig. När den berör huden ger den en illusion av hudpenetrering och nålen glider upp i sitt skaft. Nålen berör bara huden under ett par sekunder.

Patienternas illamående och kräkningar jämfördes med en referensgrupp på 62 patienter som fått ordinarie vård inklusive läkemedel, men ingen akupunktur.

Under en ordinarie strålbehandlingsvecka mätte 63 procent av de patienter som fått ordinarie vård illa och 15 procent kräktes. Av dem som fått genuin eller simulerad akupunktur mätte bara 37 procent respektive 38 procent illa och 7 procent kräktes i båda fallen.

Av de nålbehandlade patienterna förväntade sig 95 procent lindrande effekter av sitt illamående genom behandlingen. Av de patienter som inte förväntade sig illamående blev 50 procent illamående någon gång under strålbehandlingsperioden och av de patienter som förväntade sig illamående blev hela 81 procent illamående.

Slutsatserna av studien är att illamående och kräkningar minskade både hos patienter behandlade med genuin och simulerad akupunktur jämfört med patienter som enbart fick ordinarie vård. Nästan alla patienter förväntade sig att behandlingen skulle lindra deras illamående. Patienter som förväntade sig illamående hade högre risk för illamående än patienter som inte förväntade sig illamående. De lindrande effekterna av illamående antogs inte bero på akupunkturens specifika kännetecken. Effekterna berodde troligen på ospecifika komponenter av den extra vård som akupunkturproceduren innebar, såsom beröring och kommunikation med terapeuterna, vila och avslappning under behandlingarna, samt patienternas positiva tilltro till effekten.

”
Man måste tro
på sin behandling
om den ska
hjälpa



Genuin och simulerad akupunktur - ser likadant ut.
Foto: Glam-lab.

Nästa steg är därför att studera vad i omhändertagandet som kan ge dessa, för patienterna värdefulla, effekter. Olika aspekter av omhändertagande i vården behöver studeras, i lika stringent vetenskapliga studier som läkemedel, för att kunna användas för att optimera vårdkvaliteten inte bara i cancervården, utan i kurativ och palliativ vård generellt.

VI HAR FORTSATT att studera hur behandlingseffekten kan optimeras. När 243 försökspersoner fick akupunktur eller simulerad akupunktur, varierade ökningen av hur avslappnade personerna kände sig mellan 14 millimeter på en Visuell Analogskala till hela 43 mm, beroende på vem av de nio olika fysioterapeuterna som hade behandlat. Effekten var störst hos dem som hade höga förväntningar på behandlingen. När personerna behandlades med genuin akupunktur, av en terapeut som betonade de positiva effekterna under behandlingen, ökade avslappningen med hela 27 mm, jämfört med bara 18 mm om kommunikationen skedde på ett neutralt sätt. När undersökningen gällde attityder till akupunktur trodde cirka 80 procent av 131 onkologfysioterapeuter och 198 cancerpatienter att akupunktur är effektivt för cancerterapiutlöst illamående.

Vad säger då andra forskares studier?

För cytostatikautlöst illamående minskade kräkningar mer efter elektroakupunktur än efter simulerad elektroakupunktur genomförd med ytligt införda nålar.

Elektroakupunkturen var också effektivare än standardbehandling med äldre antiemetika. Patienter som fick akupressur, ett tryck mot akupunkturpunkter utan nålar, mot PC6 upplevde mindre illamående och kräk-

ningar jämfört med kontrollgrupper som fick akupressur på en sham-punkt på sidan av handen, eller fick standardbehandling under cytostatikabehandlingen. Däremot tycktes manuell akupunktur inte minska illamående mer än simulerad akupunktur med teleskopnålen under cytostatikabehandlingen, i likhet med vår studie under strålbehandling. Electro-akupressur minskade inte illamående mer än en simulering av elektro-akupressur. Val av akupunkturpunkt tycktes inte ha någon betydelse. Även när det gäller postoperativt illamående, som kan uppstå efter cancerkirurgi, är evidensen för akupunkturens och akupressurens effekter motstridiga.

DETTA KAN TOLKAS som att akupunktur är effektivt mot illamående, men inte genom akupunkturen i sig utan genom hela dess behandlingsprocedur. Som en summering av effekten av akupunktur kan därför sägas att akupunktur ofta ger goda effekter för den behövande patienten, jämfört med om ingen akupunktur ges. Därför antyder litteraturgranskningar av akupunktur mot illamående i palliativt skede att akupunktur är en behandling med stor patientnytta, trots att sham-kontrollerade fullskaliga studier specifikt under palliativt skede saknas. Enligt de allra flesta sham-kontrollerade studier som använt trovärdiga sätt att behandla sina kontrollgrupper är effekten dock inte större än om simulerad akupunktur använts.

En pragmatisk ledstjärna för den som behandlar med akupunktur kan vara att väga nyttan i form av effekt mot potentiell harm i form av sidoeffekter och patientbörda. Ställ följande fråga för varje patient som är intresserad av akupunktur: Finns det något effektivare behandlingsalternativ som har lika små sidoeffekter och lika liten patientbörda? Är svaret nej kan patienten ha god nytta av akupunktur.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Anna Enblom

Leg. sjukgymnast, med. dr. på Avdelning för Fysioterapi, Linköpings Universitet och på Osher Centrum för Integrativ Medicin, Karolinska Institutet

Fototävlingen avgjord

I början av året utlystes en fototävling i tidskriften Palliativ Vård där bilder på olika symtom, annorlunda perspektiv, associationer till palliativ vård, döden, med mera efterfrågades. Vi fick in många fina bilder och presenterar här vinnarna.

1:a
pris



Bidragets namn: "Mormor" Foto: Daniel Avenäs



Daniel Avenäs

Ålder: 29
Yrke: Leg. sjuksköterska
Arbetsplats: Stockholms Sjukhem

"Jag har fotograferat sedan tonåren men aldrig publicerat något hittills. Självklart blev jag förvånad- och mycket glad - över att jag vann. Trodde nog inte att bilden skulle ha någon större chans i tävlingen, men jag skickade in den för att jag tyckte att den hade ett visst uttryck.

Fotot föreställer min mormor och min mamma och de ser båda så fint avslappnade ut.

Jag tog bilden en vecka innan min 94-åriga mormor, som jag stod mycket nära, gick bort lugnt och stilla med sina närmaste omkring sig.

Tillsammans med ASIH Långbro Park turades vi i familjen om att vårda henne sista tiden, min mamma som också är sjuksköterska, min moster, min syster och jag själv. Det kändes så bra att vi vågade låta henne bo kvar hemma ända till slutet, hon kände sig väldigt trygg med oss. Och jag hade förstås stor nytta under den här tiden av att jag har arbetat på Stockholms Sjukhem i drygt fyra år nu, mitt första jobb som sjuksköterska för övrigt och jag stortrivs.

Mormor Gunnel, som jag betraktade som en av mina bästa vänner, kom från Göteborg men flyttade till Pajala på 50-talet. Hon var pigg och frisk och mycket aktiv ända fram till några månader före sin död. När hon fick diagnosen cancer i bukhinnan, tog hon det med ro eftersom hon tyckte att hon var ganska klar med livet. Hon var mycket intresserad av allt jag gjorde, även mitt fotograferande. Jag visade henne den här bilden men vet inte riktigt hur hon uppfattade den eftersom den togs ganska kort tid innan hon avled. Oftast kanske man inte tar den här typen av bilder, men varför inte fotografera även svåra situationer tänkte jag. Och är naturligtvis väldigt glad över att jag vann..."

Juryns motivering:

"En enkel fridfull vardagsbild med en sorgsen innerlighet"



de
nödvändiga
samtalen

De Nödvändiga Samtalen

– en kurs för läkare

De Nödvändiga Samtalen är en praktiskt inriktad kommunikationskurs för läkare som har samtal med patienter med livshotande sjukdomar. Kursen, som är framtagen av Palliativt Utvecklingscentrum, är utvecklad så att den passar för alla typer av diagnoser.

Kursen består av de fyra kursmodulerna En bra start, Svåra besked, Övergången till Livets slutskede/Brytpunktssamtal, samt Samtal om döden. Emotionellt bemötande går som en röd tråd genom kursen och mallar för samtalsupplägg testas av deltagarna. Teorigenomgångar i helgrupp varvas med praktisk samtalsträning med skådespelare i halvgrupp. Mest tid ägnas åt samtalsträning och feedback.

Kommande kurser:

6-7 april 2016, Lund
Sista anmälningdag: 7 mars 2016

20-21 september 2016, Lund
Sista anmälningdag: 22 augusti 2016

För kurser på andra orter, kontakta oss. Läs mer på vår hemsida www.palluc.se

pc | PALLIATIVT UTVECKLINGSCENTRUM
LUNDS UNIVERSITET | REGION SKÅNE
THE INSTITUTE FOR PALLIATIVE CARE

Palliativt Utvecklingscentrum är en del av Lunds Universitet och Region Skåne. Vårt uppdrag är forskning, utveckling och utbildning av både den allmänna och specialiserade palliativa vården. www.palluc.se

2:a
pris



Bidragetsnamn: "Som en bro över mörka vatten"
Foto: Susanne Arvidsson



Susanne Arvidsson

Ålder: 49
Yrke: Överläkare
Arbetsplats: AHS och Axlagården, Umeå

"Jag fotograferar ganska sporadiskt men har oftast med mig en kamera. Jag är mycket intresserad av bildkonst rent allmänt, framför allt målar jag mycket. Det var en arbetskamrat som tipsade om annonsen i tidningen. Bilden jag skickade in är tagen på Kittelfjäll för cirka fem år sedan, jag tar mest naturbilder.

Detta är inte första gången jag deltar i en fototävling. Jag vann faktiskt första pris med en annan naturbild i en tävling som arrangerades av

Juryns motivering:

"Som en bro över mörka vatten" – en vackert komponerad bild där bron kan ses som en metafor för den palliativa vården.

vårt landsting förra året. Och nu undrar jag om jag inte har fått blodad tand som det heter för jag har precis skickat in en bild till lokaltidningen. Det kan nog bli så att jag kommer att plåta ännu mer framöver.

Jag vill gärna passa på att säga att jag tycker Palliativ Vård är en mycket bra tidning. Jag gillar särskilt att det alltid finns teman, det gör att man kan använda den som en slags facklitteratur."

Juryns motivering:

Bilden ger känsla av stillhet där båtens förfall, havet, trädet och himlen påminner om tidens gång.



Mirja Fröderberg

Ålder: 56
Yrke: Överläkare
Arbetsplats: Capio Palliativ vård, Dalens sjukhus, Stockholm

"Fotografering är en gammal hobby jag haft sedan tonåren, jag har nästan alltid med mig min lilla kamera. Senast i morse tog jag en bild på väg till jobbet. Jag tycker om att ta både naturbilder och bilder på människor och har fått flera bilder publicerade, bland annat i tre böcker som handlar om min hembygd i Finland och i en finsk lokaltidning.

Den bild jag skickade in är tagen på Gotland där vi brukar vara på somrarna. Jag upptäckte roddbåten under en promenad en stilla morgon och såg att ljuset var helt perfekt. När jag såg tävlingsannonsen i Palliativ Vård, som jag för övrigt tycker är en mycket värdefull tidning som jag läser både på jobbet och hemma, tänkte jag att det vore väl synd att inte delta. Att komma med på prispallen livar upp tillvaron. Det känns jättekul."

Fotoutställning

Förutom vinnarna kommer flera av de inskickade fotografierna att visas på den fotoutställning som planeras äga rum på den 4:e Nationella Konferensen i Palliativ Vård som äger rum i Malmö 15 – 16 mars 2016.



Pär Hedlund

Ålder: 48
Yrke: Leg. sjuksköterska
Arbetsplats: Palliativa konsultteamet, Avancerad hemsjukvård Västerbotten, Skellefteå,

"Jag började fotografera redan som ung, då blev det oftast fåglar och andra naturbilder. Numera kan det bli helt andra motiv också men jag har en förkärlek för att skildra naturen.

Jag har alltid med mig min kamera och jag brukar nog ta minst en bild varje dag. Just nu har jag en utställning på lasarettet här med anledning av att Skellefteå lasarett fyller 100 år i år. Jag har bland annat dokumenterat sjukhusområdet i ett kollage med 16 bilder och skrivit texter till eftersom jag tycker att ord och bild hör ihop. Den bild jag skickade in togs förra året nära Skellefteälven. Jag tyckte den passade i Palliativ Vård eftersom den har en stark årstidskänsla. Mitt dagliga liv är så starkt präglad av död och liv och jag tycker att växlingarna mellan olika årstider symboliserar samspelet mellan liv och död mycket väl."

Juryns motivering:

(Om)vårdnaden är god kan stigens sista del bli vacker! – juryn instämmer i fotografens titel

4:e
pris



Bidragetsnamn: "(Om)vårdnaden är god kan stigens sista del bli vacker!" Foto: Pär Hedlund

Antje Jackelén: Kyrkan ger tillgång till ett existentiellt språk

TEXT // EVELYN PESIKAN

Ingen undgår död och sorg under livets gång. Men som ärkebiskop har man tillgång till verktyg som kan lindra. — Min tro är en grundtrygghet, en resonansbotten. Jag har alltid någon att rikta mig till och är aldrig ensam, säger Antje Jackelén, som i sitt ämbete är van vid att hantera andras sorg men som också har privata erfarenheter av dödsfall i familjen.

SEDAN DEN 15 JUNI 2014 har Sverige en i många avseenden unik ärkebiskop. Antje Jackelén, som fyllde 60 i somras, är inte bara den första kvinnan någonsin på den här posten, hon är dessutom invandrare och troligen den första ärkebiskopen i världshistorien med ett eget Twitterkonto och en egen podcast - "Prata till punkt".

På kort tid har hon gjort sig känd som en rak, öppen och mycket kommunikativ person, med ett starkt engagemang i den offentliga samhällsdebatten. Vi träffas för att bland annat tala om kyrkans roll när det gäller existentiella frågor som ju tenderar att bli extra aktuella i livets slutskede - liksom vid stora katastrofer. Har kyrkan fortfarande en uppgift när det gäller så kallad själavård?

— Det finns ett stort behov av existentiellt stöd och själavård i dagens samhälle och kyrkan har definitivt en viktig roll när det gäller att möta detta behov, inte minst därför att vi kan ge människor tillgång till en urgamal grundkunskap om livet, vår existens, som kan fungera som stöd i svåra stunder, säger hon och tillägger att kyrkan alltid är öppen för alla, att man aldrig frågar människor om behöver hjälp om de är medlemmar eller vilken religion de har.

DET FINNS UPPGIFTER som tyder på att allt färre väljer att vara med i Svenska Kyrkan men det har i huvudsak demografiska orsaker, menar hon.

— Kyrkan kan alltid vässa sin kommunikation ännu mer men den står tydligt för solidaritet och bevarande av människors värde. Våra huvudpunkter i verksamheten är idag: gudstjänsten/glädjen, det sociala arbetet/diakonin, kunskapsspridning om tro och liv, att ge människor tillgång till ett existentiellt språk och dialog. Allt detta

behövs i dagens samhälle.

Antje Jackelén, som är född i Herdecke i norra Tyskland, har varit troende sedan barndomen och haft stor glädje av detta under hela sitt liv.

— Mitt första möte med döden var när min älskade mormor dog i hemmet. Hon var 76 år och jag var 16 och jag minns hur stort det kändes att få närvara vid hennes dödsbädd och ta avsked. Vi var naturligtvis mycket ledsna allihop men hon levde verkligen fullt ut till slutet utan större smärtor och vi fick många skratt tillsammans sista tiden. Den här erfarenheten, att få möta döden i en blandning av allvar och glädje, känner jag mig tacksam över att ha fått uppleva.

”
Jag hann faktiskt
aldrig riktigt sörja
min pappa

Efter studier i Tübingen, olika resor och konstiga sommarjobb som att putsa skokrämsburkar i Schweiz prästvigdes Antje Jackelén i Sverige 1980, efter en period som gäststudent i Uppsala. Så småningom blev hon professor i systematisk teologi i Chicago för att återigen hamna i Sverige då hon valdes till biskop i Lunds stift. Hon är mamma till två barn – och numera även mormor. Ett annat möte med döden på nära håll inträffade år 2009 då hennes far i Tyskland dog plötsligt och oväntat.

— Han gick bort fem dagar före min dotters bröllop vilket innebar en period där glädjen krockade med sorg. Det var känslomässigt slitsamt att ordna med begravning direkt efter bröllopet. Jag hann faktiskt aldrig riktigt sörja min pappa, de känslorna har kommit fram långt senare, säger hon och berättar att hennes 90-åriga mor avled i somras.

— Hon fick en stroke och dog på sjukhus en tid därefter. Hon fick en hyfsat bra vård men någon uttalad palliativ vård blev det inte förrän de sista dagarna i livet.

Att förlora sin mor upplevde hon som tungt men i sorgearbetet har hon haft stor hjälp av sin kristna tro.

— Den ger mig möjlighet att uttrycka min sorg, det finns alltid någon att rikta sig till.

HENNES VALSPRÅK SOM ärkebiskop är "Gud är större" ur Första Johannesbrevet och under samtalet förstår man att det är ett noga genomtänkt – och djupt känt – val. Hon är övertygad om att människor behöver ritualer och att de är särskilt viktiga vid olika kriser i livet.

— Vi har fem nyckelord vid krishantering: rum, ord, när-



varo, riter och hopp, säger hon och berättar att hon som ung präst ledde samtalsgrupper för föräldrar som hade förlorat tonårsbarn. Att inte rädas det svåra, och att alltid se det ljusa i situationer, tycks vara kännetecknande för denna ytterst aktiva kyrkliga ämbetskvinna.

— För mig var det självklart att mina barnbarn skulle vara med på min mors begravning. Döden hör till livet men när treåringen glatt hoppade över graven och ropade: Var är mormor nu? fick han en mild tillsägelse om att kyrkogården inte är en lekplats, berättar hon med ett skratt.

PÅ TAL OM att livet hör till döden och vice versa kommer vi in på dödshjälp. Hur ser kyrkans främsta överhuvud på denna laddade fråga?

— För mig är innebörden av ordet dödshjälp en sådan hjälp som värnar om livet in i det sista. Men jag har svårt att förlika mig med aktiv dödshjälp som ju kan innebära ett indirekt tvång, att någon exempelvis känner att hon eller han inte längre vill vara till besvär. Då anser jag att man har börjat tumma på människovärdet. Men visst finns det ofta ett gränsland, en gråzon mellan att låta bli att göra något för att upprätthålla livet och att aktivt bidra till att avsluta det.



Antje Jackelén

Förra numret av Palliativ Vård hade "Att dö i främmande land" som tema. Är det något invandraren Antje Jackelén har funderingar kring?

— Nej, det ser jag inte alls som ett problem. Då var det nog mer speciellt att föda barn i främmande land. Hon känner ingen rädsla när hon tänker på sin egen död. — Jag skulle önska att jag känner mig mätt på livet när den dagen kommer, fridfull och färdig, och att jag har förmågan att släppa taget och överlämna mig i Guds händer.

The 2015 Quality of Death Index - Ranking palliative care across the world



2015 EU Quality of Death Index

Det är fem år sedan the Economist med stöd av the Lion Foundation i Singapore publicerade ett första "Quality of Death Index" med Sverige på 16:e plats bland 40 länder.

ÅRETS BEDÖMNING omfattar 80 länder runt om i världen och Sverige kommer även denna gång på 16:e plats även om inte undersökningarna är helt jämförbara. Bland Europas länder kommer vi på nionde plats. Det är svårt att göra jämförelser av dessa områden – vilket också påpekas i rapporten, men likväl är det för den palliativa vården viktiga parametrar som analyseras. Det viktigaste budskapet i rapporten är den positiva utvecklingen i många utvecklingsländer.

RAPPORTEN GER OSS dock anledning att fundera över hur vi kan förbättra den palliativa vården i Sverige. Vi kan glädjas över mycket inom palliativ vård i Sverige, till exempel den tidiga utvecklingen av palliativ hemsjukvård på 1970-talet då Barbro Beck-Friis startade Motalla LAH. Även andra pionjärer fanns på olika håll, exempelvis Axlagården, Ersta, Bräcke och Stockholms Sjukhem. Prioriteringsutredningen 1995 lyfte fram vården i livets slutskede och utredningen Världig vård i livets slut, SOU 2001:6 tydliggjorde behov och gav konkreta förslag. Riksdagens beslut 2005, som svar på utredningen, uppmanade alla kommuner och landsting att starta palliativa team och skriva vårdpro-

gram för att ge döende människor god palliativ vård. Vi har idag ett nationellt vårdprogram för palliativ vård och nationella riktlinjer och kunskapsstöd från Socialstyrelsen. I år blev palliativ medicin en tilläggs-specialitet för läkare, palliativa kurser som erbjuds ST-läkare har allt fler ansökningar. Fler högskolor har infört obligatoriska kurser i palliativ omvårdnad på sjuksköterskeutbildningarna och det finns möjlighet att bli specialist i palliativ omvårdnad för sjuksköterskor. Även undersköterskor kan numera specialisera sig i palliativ omvårdnad. Palliativregistret ökar sakta men säkert och täcker nu ca 70 procent av alla förväntade dödsfall.

Trots denna positiva utveckling ligger vi inte bättre till i denna ranking totalt sett. Vi kan däremot sträcka på oss vad gäller vårdens kvalitet, där vi ligger på en hedrande andra plats. Men när det gäller allmänhetens kunskap om palliativ vård placeras vi lågt. Där behöver vi göra något.

IRAPPORTEN diskuteras inte jämlik palliativ vård specifikt. Tillgång till palliativ vård ska inte vara beroende av boendeort, patientens ålder och kön, diagnos och vårdform - den

som behöver ska få tillgång till god palliativ vård.

Vi är alltmer engagerade och krävande när det gäller sjukvård. Om inte patienter läser på nätet så gör närstående det. Alla önskar det bästa för sig och sina nära avseende utredningar och behandlingar. Men hur ska vi öka medvetenheten om den palliativa vården hos allmänheten?

FINNS DET MÖJLIGEN ett för stort motstånd mot att tänka på döden? NRPV liksom aktuella myndigheter har ett omfattande och viktigt arbete att göra. Utmaningen är att få människor att våga prata om att vi alla ska dö, att våga tänka på hur vi vill att den sista tiden ska vara och att få politiker att ta beslut som möjliggör en jämlik palliativ vård.

NRPV har vänt sig till några myndigheter och ställt frågor kring rapporten. Det är glädjande att se svaren att man vill mer, att man önskar en förbättring av den palliativa vården och att området prioriteras högt.

Inger Fridegren
Ordförande NRPV



För oss är kvaliteten i vården själva vinsten.

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



PALLIATIVT CENTRUM VÄXER.

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

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

Dessa frågor ställde vi:

1. Har rapporten någon betydelse för den palliativa vården i Sverige?

Om nej: Varför har rapporten ingen betydelse?
Om ja: Är en 16:e plats bra nog för den palliativa vården i Sverige?
2. I frågan om kategorin Quality of care placeras Sverige på en andra plats – där ingår tillgänglighet till morfinpreparat för smärtlindring samt psykosocialt stöd till patient och närstående, policy om O-HLR, patientens delaktighet samt användandet av enkäter om patientnöjdhet.

Kan rapporten påverka arbetet med att utveckla den palliativa vården i Sverige så att även andra mätbara indikatorer förbättras?

Om nej: Varför inte?
Om ja: På vilket sätt kan vårdgivare arbeta med detta? Vilket stöd behövs?
3. Engagemang och kunskap om palliativ vård hos frivilliga och allmänhet är kriterier som vägts samman och båda rapporteras som mycket låga.

Hur ska vi i Sverige få igång en diskussion kring detta?



Monica Heurgren

Avdelningschef Socialstyrelsen
Avdelningen för statistik och jämförelser

- Svar:**
1. Vi ser positivt på att denna viktiga fråga lyfts upp internationellt. Det är ett bra sätt att lyfta den palliativa vården till diskussion och genomlysning.
 2. Socialstyrelsen genomför för närvarande en indikatorbaserad utvärdering av hälso- och sjukvårdens följsamhet till Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, ett arbete som planeras vara klart i december 2016. Alla inspel till vad som är viktigt för att åstadkomma en palliativ vård i vårdsklass är viktiga för vårt arbete. Här kan rapporter av detta slag vara av betydelse. Det finns saker att lära från andra länder, exempelvis är frågan om en nationell strategi för palliativ vård intressant.

Vi är dock försiktiga med att uttala oss om hur väl ett index för den palliativa vården beskriver verkligheten. Det finns alltid en rad metodologiska frågor i samband med sammanvägda index, exempelvis hur indikatorerna inbördes viktas men också på vilket sätt de indikatorer som beskriver strukturella förutsättningar valts ut och hur de i vårdsituationen till slut
 3. Huruvida ny kunskap får genomslag i vården beror på hur vårdens företrädare tar till sig den kunskap som finns och förmedlas. Det ställer också stora krav på evidens och riktighet i slutsatser och rekommendationer. Vi ser därför att Socialstyrelsens arbete med att utveckla de nationella riktlinjerna är viktigt och att också utvärderingen av dessa kan bidra till ett bättre kunskapsläge. Vi samarbetar i samband med det med många olika organisationer och företrädare för vården för att få en så komplett bild som möjligt av vad som kan bidra till en god kvalitet för patienter i den palliativa vården.



Gabriel Wikström

Folkhälso- sjukvårds och idrottsminister

- Svar:**
1. Den här typen av jämförelser – likt de "Öppna jämförelser" vi har inom svensk hälso- och sjukvård är bra och viktiga för att utveckla vården. Det ger motivation till ständigt förbättringsarbete och kvalitetsutveckling. När det gäller just den här rapporten har jag svårt att säga vilken betydelse specifikt den kommer att ha. Vi ska ständigt ha ambitionen att förbättra hälso- och sjukvården, men har inte möjlighet att sätta något exakt mål för vilken plats Sverige bör ha i denna jämförelse.
 2. Jag tror generellt att den här typen av öppna jämförelser, mellan länder såväl som mellan landsting och sjukhus, bidrar till att höja kvaliteten och främja utvecklingsarbete. Det gäller inom alla typer av vård. Det viktiga är att man får in slutsatserna och analyserna från exempelvis den här typen av rapporter i ett ständigt pågående förbättringsarbete. Ofta är det när man sammanväger egna erfarenheter, resultat från jämförelser med andra och tar del av forskning och erfarenheter från andra håll som man kan åstadkomma verklig förbättring.
 3. Jag tror att det är viktigt att det pågår en ständig diskussion om förbättring i vården i stort. Där är det viktigt att vi vågar prata inte bara om de delar av vården som producerar de resultat människor i allmänhet helst vill se – att någon blir botad från en sjukdom – utan också om exempelvis den palliativa vården, där förbättrad livskvalitet och lindrade plågor hos någon som är svårt sjuk är målet. Det är ett gemensamt ansvar mellan politiker, profession, anhöriga och andra aktörer.



Hans Karlsson

Direktör, SKL - Vård och omsorg

- Svar:**
1. Sveriges Kommuner och Landsting är mycket väl medvetna om de förbättringsområden som finns inom den palliativa vården i Sverige. Därför har en god vård i livets slut varit ett av fem prioriterade områden under perioden 2010-2014 i den storskaliga nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre. Denna rapport belyser med ett internationellt perspektiv viktiga områden och ger en möjlighet till jämförelse med andra. En 16:e plats är inget Sverige är nöjt med. Vi vill mer.
 2. Denna rapport kan säkert bidra till att synliggöra viktiga förbättringsområden, inte minst vikten av att förbättra vården vid kronisk sjukdom och möjligheten till vård i hemmet. Svenska Palliativregistret har idag en hög täckningsgrad i hela landet och kan användas som stöd i förbättringsarbetet. Politiker och ansvariga tjänstemän kan behöva expertstöd för att sätta bra mål. Universitet och högskolor behöver se över hur utbildningen i palliativ vård kan förbättras.
 3. Frågan om en god vård i livets slut behöver också få en större plats i den allmänna debatten. Berättelser om verksamheter som lyckas och hur de gjort ser vi alldeles för lite av.

Samskapandet är ständigt i fokus hos Palliativt centrum för samskapad vård i Kronobergs län

TEXT // EVA BENZEIN & ANNA SANDGREN

Att utvecklingen av vården görs i en samskapande process mellan patienter, närstående och personal är oerhört betydelsefullt för att stärka patienters och närståendes delaktighet och inflytande över sin egen vård.

PALLIATIVT CENTRUM FÖR samskapad vård vill bidra till att öka förutsättningarna för att skapa en värdig vård för alla personer som omfattas av palliativ vård. Centrumet bildades i januari 2013 med syfte att stärka kompetensen i palliativ vård på alla nivåer inom vård och omsorg i Småland med början i Kronobergs län. Vår hemvist är på Linnéuniversitetet och det är ett samverkansprojekt med Region Kronoberg och länets åtta kommuner, med medel från Familjen Kamprads Stiftelse. Centrumledningen består av Eva Benzein som är vetenskaplig ledare och Anna Sandgren som är verksamhetsledare. Fjorton personer med olika vårdprofessioner ingår i arbetsgruppen.

SAMSKAPANDET ÄR I STÄNDIG fokus i centrumet. Att skapa en hållbar palliativ vård som motsvarar patienters och närståendes behov möjliggörs genom att integrera och parallellt utöva våra tre verksamhetsområden; forskning, utbildning och klinisk utveckling.

FORSKNINGEN HAR ETT huvudsakligt fokus på "Att leva ett värdigt liv", som präglas av klinisk forskning i samverkan mellan akademi och den kliniska verksamheten. Integrerade utbildnings- och forskningsinsatser möjliggör en parallell implementering av forskningens resultat.

INOM OMRÅDET UTBILDNING arbetar vi för att tydliggöra ämnet palliativ vård i sjuksköterskeprogrammet och specialistutbildningar. En distanskurs i palliativ vård på grundutbildningsnivå har utvecklats och varje höst ges en forskarutbildningskurs i palliativ vård. Utifrån efterfrågan från kliniken genomförs kontaktsjuksköterskeutbildning. Vi arbetar tillsammans med vård- och omsorgsutbildningar för att tydliggöra palliativ vård även på gymnasial nivå.



INOM OMRÅDET KLINISK utveckling har en speciell satsning gjorts som omfattar utbildning av personal inom länets kommuner och Region Kronoberg. Formen och innehållet i utbildningen är framtagna i samskapande anda tillsammans med patienter, närstående och personal. Materialet som används baseras bland annat på dokumenten "Nationellt vårdprogram för palliativ vård" och "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede". Tematräffar hålls vid fem tillfällen å två-tre timmar med åtta till tio personer med olika professioner och löper under cirka sex månader. Initialt leds grupperna av en temaledare från vårt centrum och de utvalda personer från klinikerna som deltar coachas sedan in i temaledarrollen. Ett stort antal temagrupper är redan genomförda och flera pågår.

Personalen upplever tematräffarna som betydelsefulla för det kliniska arbetet eftersom de får möjlighet att reflektera över hur de arbetar och hur de kan bidra till en värdig vård. Flera förbättringsarbeten har bidragit till positiva förändringar.



Eva Benzein
Professor, vetenskaplig ledare, Palliativt centrum för samskapad vård, Linnéuniversitetet, Kalmar/Växjö, eva.benzein@lnu.se



Anna Sandgren
Universitetslektor i palliativ vård, verksamhetsledare, Palliativt centrum för samskapad vård, Linnéuniversitetet, Kalmar/Växjö, anna.sandgren@lnu.se

Vi vill veta vad du tycker om tidskriften Palliativ Vård?

- var med om utlottning av 10 priser!

Palliativ Vård – Tidskriften för palliativ vård i Sverige har utkommit med sitt 8:e nummer och går nu in på sitt tredje år.

Vi vill veta vad du som läsare tycker om tidskriften, oavsett om du får den som medlem i en av Nationella Rådets föreningar eller om du är prenumerant.

Eller är du kanske beslutsfattare eller journalist?

Kanske har du läst Palliativ Vård när den ligger på avdelningen? Allas åsikter är mycket värdefulla.

För att kunna göra en ännu bättre tidskrift behöver vi dina värdefulla synpunkter och därför gör vi en läs-värdesundersökning som vi hoppas du vill svara på. Som tack lottar vi ut tio priser. Vi är mycket tacksamma om du tar dig tid att ge oss dina synpunkter, det tar cirka fyra minuter. Gå in på www.nrpv.se och tryck på Palliativ Vård - läs-värdesundersökning för att komma direkt till enkäten.

Svarar du före den 15 januari 2016 är du med om utlottningen.

Tack på förhand!

Sylvia Sauter Chefredaktör	Carl Johan Fürst Ansvarig utgivare	Inger Fridegren Ordförande NRPV
-------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------



Justerbar kompression = Effektiv

Med circaid kan du alltid garantera korrekt kompression, även när ödemet förändras.

circaid justeras när ödemet förändras vilket leder till en effektiv och accelererad ödemreducering.

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

Att beklaga eller inte beklaga sorgen, det är frågan...

TEXT //OLAV LINDQVIST

I nummer 2/15 av tidskriften fanns en artikel med titeln "Att beklaga sorgen genom brev eller via telefon". Vi fick några reaktioner på ordvalet i rubriken, läsare som reagerade på uttrycket "att beklaga sorgen" och om man verkligen ska säga så.

DETTA BÖRJADE MED att en tidigare kollega skrev om tidskriften: "...läsvärd som vanligt, en sak som jag hakar upp mig på är uttrycket: beklagar sorgen, för mig låter det inte bra, diskuterar ni det nån gång?" Själv har jag också då och då funderat över detta uttryck, känt mig lite tveksam till att använda beklagar sorgen då jag upplever det alltför formellt och en smula högräddande, främmande helt enkelt. Men å andra sidan har jag också undrat vad jag ska säga istället? Det underlättar ofta att ha en fras att inleda ett samtal med, i synnerhet om den vi möter har en anhörig som avlidit. En bättre fras, en fast ritual att utgå från för att inleda ett samtal med en person vars anhörig är död. Om vi inte vet hur vi ska börja kanske det finns en risk att vi inte säger något alls och i värsta fall tar en omväg runt personen för att helt slippa ställas inför det som är obekvämt. När frågan aktualiserades började jag fundera över begreppet beklaga sorgen, och härmed öppnar jag upp för en diskussion med er läsare. Jag tänker här i första hand på "i-riktiga-livet" möten och inte via sociala medier av olika slag.

Uttrycket "beklagar sorgen" har funnits i svenskan åtminstone sedan 1700-talet som en så kallad kondoleansfras. Kondoleans i sin tur kommer från latinets condoleo vara bedrövad, lida, visa medlidande, och är ett "högtidligt beklagande av någons sorg över en avliden" enligt National Encyklopedin. Att uttrycket beklagar sorgen, som det ibland hävdas, skulle vara en sammanblandning

av uttrycken "jag beklagar förlusten" och "jag deltar i sorgen" stämmer nog inte riktigt. Betydelsen ska snarare förstås som "jag beklagar att du har drabbats av den sorg som förlusten av en anhörig innebär".

Men faktum kvarstår, uttrycket känns främmande för en del av oss, och frågan är om det finns alternativ? En liten webbsökning kring beklaga sorgen, inklusive läsning av kommentarsfält och diskussionstrådar, visar att uttrycket tycks diskuteras återkommande. Med argument för och emot, men också med en viss enighet kring svårigheten att i ord uttrycka sitt deltagande när någons anhörig avlidit. Jag hittade ett par hemsidor relaterade till begravningsbranschen som avråder från att använda beklaga sorgen. Detta med hänvisning till en bokstavlig tolkning av uttrycket och att det endast är orsaken, det vill säga dödsfallet, som kan beklagas, inte sorgen. Men som sagt, det är en fråga om olika tolkningar av uttryckets betydelse och möjligen inte helt historiskt korrekt.

PROBLEMATIKEN SÄNDARE – mottagare är intressant. Sändaren, den som ska inleda samtalet med någon lämplig fras för att visa medkänsla och tala om att jag vet vad som hänt, till exempel: Jag beklagar sorgen... och vandan inför detta uttryck – styligt, märkligt, omodernt, främmande, klumpigt – beskrivs av många. Med mottagaren menar jag den som ska ta emot kondoleanserna. Där finns olika beskrivningar av att beklaga sorgen fungerade alldeles utmärkt för mottagaren. Det viktiga var inte de exakta orden som användes, utan att något alls sades, och framförallt att inte människor i omgivningen undvek den sörjande. Till exempel "...tyckte tidigare att "beklagar sorgen" kändes stolpigt och krystat. Men när det fanns anledning för andra att säga något om vår sons död, kändes det inte alls fel. Omtänksamt, samtidigt som det inte var närgånget. Och mycket bättre än att bara tiga ihjäl händelsen."

”

Uttrycket "beklagar sorgen" har funnits i svenskan åtminstone sedan 1700-talet som en så kallad kondoleansfras.

Om inte beklaga sorgen, vad kan vi säga istället?

På webben finns förslag på alternativa uttryck, till exempel: jag tänker mycket på dig dessa dagar, jag hörde att X har dött, det var väldigt tråkigt att höra och jag tänker mycket på dig nu om dagarna eller jag hörde om X, är så ledsen för din skull.

Hur gör Du käre läsare?

Använder du uttrycket beklaga sorgen? Om inte, vad säger du istället?

Jag är nyfiken på vad ni tycker och vi kommer att redovisa era synpunkter i Språkspalten framöver.

Hör av dig till info@nrpv.se



Olav Lindqvist

Leg. sjuksköterska, med. dr.,
Umeå SFPO

Allmän palliativ vård 4,5 hp

Internetbaserad kurs i samarbete med Axlagården Hospice i Umeå.

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

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

Kursen pågår i sex veckor och ges återkommande varje termin.

Nästa kurstillfälle: 7 mars 2016

Kurskostnad: 4000 kr/deltagare exkl moms

Kontakt: Liv Meidell, Institutionen för omvårdnad
e-post: liv.meidell@umu.se Tel: 090-786 92 52, 072-701 98 74

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



Debatt

”STOPP, ingen HLR!” Apropå vikten av att diskutera döden och döendet

TEXT // SVERKER WESTIN

MED STORT INTRESSE läste jag Läkartidningens temanummer om hjärt-lungräddning – HLR, nummer 14–15/2015. Där kom det fram en hel del nya rön.

Resultaten av återupplivning blir allt bättre. Av 10 000 individer med hjärtstopp kommer omkring 5 000 till behandling och 500 överlever, en del dock med allvarliga sviter. Bäst chans har 10–35 åringar, särskilt de som är i livet när de kommer in till sjukhus. Med stigande ålder försämras dock resultaten alltmer, och ingen 90-åring har ännu överlevt ett hjärtstopp.

Frågan är om det över huvud taget bör finnas hjärtstartare på äldreboenden. Kostnaden för varje defibrillator är cirka 15 000–25 000 kronor. I akutlägen har det hänt att man glömt att använda en närbelägen apparat, eller så har batterierna varit urladdade. Någon måste ansvara för apparaten, och utbildning av handhavare måste ske kontinuerligt.

JAG ÖNSKAR DEM som forskar om återupplivning och hur den ska utvecklas och förbättras all lycka och framgång. Kanske kan ett akut EKG i defibrillatorn i framtiden visa tecken på hjärtruptur och säga »STOP, ingen HLR«?

Jag är vid 84 års ålder övertygad om att jag inte vill utsättas för hjärt-lungräddning, men hur ska det kunna undgås? Rutinen att larma utlöser ofta en omfattande aktivitet. Först kommer 3–4 brandmän, därefter ambulans med 2–3 personer, och kanske även akutläkare. Patienten kastas ner på golvet (om hen inte redan ligger där) och det utövas massivt tryck över bröstkorgen (5–7 centimeter djupt för att ha effekt och med frekvensen 80–120 intryckningar/minut).

MED DESSA HÅRDA bröstkorgsintryckningar får den sköra äldre bröstkorgen minst 6, kanske 12 revbensbrott som kan åstadkomma lungsäcks- och kärlskador. Om den

gamla personen återfår sin hjärtaktivitet måste andningen stödjas med respirator i åtminstone någon vecka. Revbensfrakturerna ger betydande smärta som kan sitta i 4–6 veckor. Med en större eller mindre hjärninfarkt dessutom, kan jag själv inte se att det finns någon som helst glädje i fortsatt liv.

VÄNNER OCH BEKANTA som jag frågar säger nästan alla »bara jag slipper svår smärta och att ligga som ett kolli«.

Jag och många med mig kan inte få en bättre död än genom ett hjärtstillestånd. Det är att dö snabbt och relativt smärtfritt och dessutom slipper man bli liggande som ett kolli.

Låt oss få igång en livlig diskussion om hur vi ser på döden och döendet. Det borde stå i varje åldrings journal hur individen ser på dessa frågor. Alltför många gamla forslas alltför många vändor från hemmet till akuten, vidare till medicinavdelning, till långvård och hem igen. Allt till stora kostnader för samhället och plågor för patienten. Risken för sjukhusinfektioner, rubbad tarmfunktion och ökad förvirring är stor.

LÅT MIG OCH andra som uttalat sig för det slippa HLR och i stället få hålla en hand in i döden. Det är många och stora svårigheter att övervinna, men låt oss åtminstone börja tala om det.

Men, kanske är det trots allt bäst att tatuera in »No HLR« på bröstet?

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Sverker Westin
Pensionerad barnläkare, Bromma

Texten har tidigare varit publicerad i Läkartidningen

EFFENTORA
fentanylbuckal tablett

Flexibilitet för patienten

Effentora (fentanyl) är en transmukosal opioidformulering som kan administreras både **BUCKALT** och **SUBLINGUALT**.

Effentora är indicerad för genombrottssmärta hos vuxna cancerpatienter som redan står på underhållsbehandling med långverkande opioider.¹



BUCKALT



SUBLINGUALT



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

Effentora (fentanyl), N02AB03, F, Rx, Särskild receptblankett krävs. Buckaltablett 100, 200, 400, 600 och 800 mikrogram. Effentora används för behandling av genombrottssmärta hos vuxna cancerpatienter som redan behandlas med opioider som underhållsbehandling vid långvarig cancersmärta. Varningar och försiktighet: Patienter och vårdare måste informeras om att Effentora innehåller en aktiv substans i en mängd som kan vara dödlig, i synnerhet för ett barn. De måste därför förvara alla tabletter utom syn- och räckhåll för barn. För att minimera risken för opioidrelaterade biverkningar och för att identifiera den optimala dosen är det av största vikt att patienten övervakas noga av medicinsk personal under dositeringen. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumé: 2015-03. Effentora tillhandahålls av Teva Sweden AB, Box 1070, 251 10 Helsingborg, www.teva.se. Ref 1. Effentora produktresumé www.FASS.se.

TEVA

Teva Sweden AB Järnväggsgatan 11 | Box 1070 | 251 10 Helsingborg
Tel 042 12 11 00 | Fax 042 12 11 08 | www.teva.se

Marie

TEXT // REDAKTIONEN

MARIE ÄR EN kvinna i 30-årsåldern med man och två små barn, två och fyra år gamla. Hon har en spridd gynekologisk cancersjukdom och remitteras till en palliativ vårdavdelning på grund av en infektion som kräver intravenös antibiotika. Hon har även buksmärtor och återkommande ascites.

Marie fick sin diagnos för ett år sedan och genomgick två linjers cytostatikabehandlingar i Sverige. När hennes sjukdom progredierade tappade hon förtroendet för svensk sjukvård och sökte sig till Tyskland för komplementär behandling. Hon hade tidigare bott flera år i Tyskland och arbetade då på en ridskola. Hon kunde språket någorlunda väl och hoppades få ytterligare hjälp där.

SEX VECKOR TILLBRINGADE Marie i Tyskland, först på en klinik för onkologisk komplementärmedicin där hon fick värmebehandling, så kallad hypertermi. När hon akut insjuknade i en infektion remitterades hon till ett akutsjukhus i närheten. Tillbaka i Sverige fortsatte hon med mistelterapi och hade för avsikt att återvända till Tyskland efter några veckor för att fortsätta med hypertermibehandlingen. Under tiden hon tillbringade i Tyskland var hennes man och barn i Sverige och finansieringen av behandlingen tog familjens besparingar.

Några veckor efter hemkomsten svullnade hennes buk där hon också hade tilltagande smärtor. Hon fick feber och upplevde andfåddhet och åkte till akuten. Där visade ut-

redningen lunginflammation och ascites. Marie vårdades några dagar på onkologisk vårdavdelning där hon tappades på ascites och fick intravenös antibiotika. Man diskuterade hennes fall på en gynekologisk onkologikonferens och bedömde att ytterligare skolmedicinsk behandling inte skulle gagna patienten. Hon informerades och fick ett brytpunktsamtal samt remitterades till en palliativ vårdavdelning. När personalen träffade Marie för första gången hade hon flera fysiska symptom, hon var trött och orkeslös. I samma takt som hon mårde fysiskt bättre började hon visa en stark och kämpande personlighet. Hon var inte beredd att dö än. Hon fick mycket stöd av ett stort socialt nätverk, både från släkt och vänner. Hon hade bara ett hopp och ett mål: att komma tillbaka till Tyskland och fortsätta sin behandling där. "Jag måste överleva för mina barn". Hennes barn kom varje dag, lekte i den lilla lekstugan på avdelningen, sprang in och ut och kände sig ganska hemma. Marie använde all sin kraft under de timmarna - för att orka med.

SAMTIDIGT VAR HENNES fokus helt inne på att skaffa pengar för behandling i Tyskland. En väninna hjälpte till med en blogg. Marie berättade om sin sjukdom och bad om pengar för att klara den ekonomiska belastningen. Marie bad oss om hjälp med mistelinjektioner. Hon hade fått recept och påbörjat behandlingen i Tyskland, men kunde inte ge sig själv subcutana injektioner. Efter diskussioner inom teamet beslutade man att hjälpa till. Sjukdomen satte spår och Marie fick alltmer ont. Smärt-

pumpen hade god effekt men hon tacklade av successivt. Att åka till Tyskland var det enda hon tänkte på. Maken och resten av familjen började få det besvärligt, då de insåg att Maries önskemål var orealistiska och orimliga. Pengarna räckte inte till, vem skulle följa med och hur skulle hon överhuvudtaget komma dit? Ingen i familjen vågade ta upp frågorna med henne, för att inte "förstöra hennes hopp". Samtidigt längtade de efter att kunna prata om sanningen. Kuratorn blev inkopplad och efter två samtal ville Marie inte träffa kuratorn mer. En läkare och en sjuksköterska, som hon hade fått förtroende för, försökte varsamt förmedla att resan inte skulle bli aktuell. Det verkade inte som hon tog in den informationen.

Den yngsta dotterns födelsedag närmade sig. Marie planerade en stor fest, sällskapsrummet på avdelningen bokades för familj och vänner.

MARIE FICK EXTRA kortison för att bli piggare och maken hade fått i uppdrag att köpa presenter som hon hade valt. Födelsedagskalaset blev mycket lyckat men känslösamt för alla. Dottern firades och hela dagen ägnades åt henne. Marie försämrades ytterligare och med sina sista krafter inbjöd hon åter till fest. Återigen bokades sällskapsrummet och alla träffades. Marie kom i rullstol och vände sig till var och en och tackade för vänskap och för deras betydelse för henne. Hon dog natten därpå.

Några frågor att diskutera:

- Patientens son och särbo var inte helt införstådda med situationen. Vilket ansvar har läkaren som ordinerat cytostatika och haft sjukhuskontakt med patienten, ASIH-teamet eller distriktsköterskan, att föra en dialog med de närstående?
- Patienter använder sig alltmer av komplementära behandlingsmetoder. Har vi ett ansvar att ta upp frågor om komplementär behandling? Om ja, på vilket sätt kan man i så fall göra det?
- Ofta finns det inom teamet olika synsätt om komplementära behandlingsmetoder speciellt när patienter ber om hjälp med exempelvis injektioner. Hur hanterar ni det?
- Komplementära behandlingsmetoder är ofta dyra. Går det att ta upp den ekonomiska frågan från vårdpersonalens sida? Vad kan man vinna och vilka är riskerna?
- När det gäller fortsatt dyrbar behandling, hur kan vårdpersonal vara till hjälp om patientens och familjens behov kolliderar i detta avseende?
- Hur kan man inom ramen för teamarbetet hantera vårdpersonalens olika tankar och reaktioner kring komplementär behandling?





”Du är det finaste jag vet, du är det dyraste i världen....”

Efter att ha glömt bort att jag redan sett filmen om Björn Afzelius och därför precis lånat den igen, går jag och nynnar på alla tusen bitarna. Blir inte klok på om duet i ”Sång till friheten” syftar på en människa eller om det är själva friheten som han sjunger om. Hursomhelst fastnar den trallvänliga kombon av politik, gitarr och syntflöjter.

I SOMMAR HAR jag tänkt mycket på frihet. När jag köpte min båt för ett år sedan så var den en symbol för frihet. Men jag vågade inte segla ensam. Nu, efter att ha samlat mod under en längre tid så kastade jag loss en eftermiddag – och gjorde det. Jag seglade, alldeles ensam och kände mig upprymd och stolt! (Att den sen gick åt pipsvängen två dagar senare är en annan historia.)

Jag tänker på mina patienter. I början såg jag mest dödsångesten. Sen var svår smärta jobbig att hantera. Därefter svåra anhöriga. Och lite senare led jag med de ensamma. De med tomma lägenheter och torftiga – i mina ögon – liv. Nu tror jag att ofriheten är värst. När sjukdomen själ ens autonomi. Att bli begränsad och beroende av andra. Vad kan jag då göra för att hjälpa?

FÖRR, NÄR JAG var sjukhusläkare, trodde jag lite slarvigt att palliativ vård var, tjja, lite morfin och en klapp på axeln. Då betydde 0 HLR att man drog öronen åt sig. Man skulle inte lägga ambitionsnivån för högt, inte krångla till det. Det gällde att hitta en lagom nivå och inte utsätta patienterna för onödiga ingrepp till exempel.

Idag har jag ett annat perspektiv. Palliativ vård är inte passiv vård. Från det vi skriver in en patient i vår vård, till det

ögonblick hen dör, oavsett om det tar tre dagar, tre veckor eller tre månader, så bedriver vi aktiv vård. Vi gör hembesök dygnet runt. Tar prover, ger blod, näring och antibiotika. Bukar och lungor tappas på vätska. Vi fixar rollatorer, rullstolar, massage och utflykter. Kuratorssamtal. Vårdsängar, dosetter och syrgas i hemmet. Det skrivs intyg och recept på längden och på tvären och vi dikterar och telefonerar – kort sagt, vi satsar! Ibland remitterar vi till och med för operation. Trots 0 HLR. Allt för att lindra. Man vet aldrig hur länge någon lever och vi vill att det ska bli bra. Sen vill inte alltid patienten. Då får man vara följsam. Lägga sig på en annan nivå. För även om palliativ vård är så mycket mer än bara morfin och empati, är det emellanåt just det som behövs. Ibland vill någon inte ens ha morfin. Det kan vara svårt att acceptera. Att ”bara” kunna erbjuda empati.

JAG TÄNKER ATT det kanske är den sista manifestationen av autonomi. Valet att inte ta emot. Den som knappt kan andas själv och heller inte prata, behöver en tålmodig läkare som orkar sitta bredvid och vänta in fumliga fingrar som slinter med penna eller tangentbord.

Så jag ska fortsätta att segla ensam så länge jag kan. Nynandes ”...friheten är ditt vackra namn...”.

Anna Spencer
Överläkare, ASIH Malmö

Texten har tidigare varit publicerad i Dagens Medicin

Olanzapin (Zyprexa) vid illamående och kräkningar i palliativ vård

TEXT // PETER STRANG

Mackintosh D: Olanzapine in the Management of Difficult to Control Nausea and Vomiting in a Palliative Care Population: A Case Series. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE. Volume 18, Number X, 2015. DOI: 10.1089/jpm.2015.0224

I palliativ vård kan illamåendet bero på många orsaker, till exempel opioidanvändning, kakexi (avmagring och förlust av muskelmassa), tryck på tarmar som ger tarmstopp, eller cancer med omfattande metastasering till levern eller hjärnan.

Metoklopramid (Primperan) och haloperidol (Haldol) är sannolikt de preparat som används mest i sena palliativa skeden i Sverige. Problemet med metoklopramid är att risken för biverkningar i form av rastlöshet i hela kroppen (akatisi) är påtaglig, vilket lett till att EU rekommenderar att man bara använder metoklopramid i högst fem till sju dagar.

Också haloperidol ger hög risk för akatisi, som ofta misstolkas som allmän rastlöshet eller terminal oro. Risken finns att man lägger till höga doser av midazolam för att komma ifrån ”oron”, istället för att sätta ut haloperidolet.

Olanzapin (Zyprexa) är ett relativt nytt antipsykotiskt medel som har betydligt färre extrapyramidala biverkningar än haloperidol. Den verkar på de flesta receptorer som har betydelse för uppkomsten av illamående, därmed borde olanzapin kunna vara ett bra preparat vid svårbehandlat illamående med många samtidiga orsaker. Olanzapin binder både till dopaminreceptorer (D1-D4), acetylkolinreceptorn, histamin H1 receptorn och till serotoninreceptorerna 5-HT2a, 5-HT2c, 5-HT3 och 5HT-6.

Preparatet är framtaget för behandling av psykoser, men kan, enligt författarna, användas i lägre dos med stor framgång vid envist illamående hos patienter i palliativ vård, där inga andra preparat hjälpt.

Bland fördelarna kan noteras att olanzapin doseras en gång/dygn och det ger mindre sederig än till exempel Haldol. Extrapyramidala biverkningar, stelhet i hela kroppen, kroppslig rastlöshet med mera. är sällsynta så länge dosen är relativt låg.

Studieresultat

I den aktuella studien har 16 patienter i sent palliativ stadium behandlats. Samtliga besvärades av envist illamående, trots behandling med upp till fyra preparat, oftast haloperidol, metoklopramid, men också ondansetron och

cyklizin som är ett antihistamin.

Patienterna fick prova olanzapin i dosen 5 mg till natten. Fjorton patienter var möjliga att utvärdera och av dessa hade tretton god effekt med minskat illamående, i allt från tre dagar till fem månader. Sex av patienterna dog under studien, men olanzapin hade effekt ända till slutet. En patient avbröt på grund av trötthet, för övrigt var biverkningarna milda.

Diskussion

Detta är en liten studie på endast fjorton utvärderingsbara patienter men den ger ändå en fingervisning om att olanzapin kan vara ett fullgott alternativ när metoklopramid eller haloperidol inte fungerar, eller när de ger besvärande biverkningar. En känd biverkan för olanzapin är viktuppgång, vilket knappast är ett problem för våra patienter. En annan biverkan är blodsockerstegring, det kan finnas skäl att kontrollera blodglukos om patienten uppvisar diabetes-symtom.

Fördelen med olanzapin är att den verkar på nästan alla kända receptorer som spelar roll för illamåendet. Av den anledningen hade olika typer av patienter nytta av behandlingen. Det gällde såväl patienter med gastrointestinal cancer som patienter med illamående på grund av hjärnmetastaser.

Även det gamla preparatet Nozinan (levomepromazin) har en liknande bred effekt på många receptorer, men problemet är att många blir rejält trötta.

Hur gör man då i praktiken?

I studien anges 5 mg olanzapin till natten som lämplig dos, i andra studier påpekar man att det kan vara klokt att börja med 2,5 mg till äldre, känsliga patienter.



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

Nästa nummer



Allmän palliativ vård

Kliniska tecken i samband med cancerpatienters sista dagar i livet

Det är viktigt för sjukvårdspersonal och för anhöriga att kunna se tecken på en cancerpatients nära död.

I en undersökning som publicerades i tidskriften Cancer registrerade kroppsliga förändringar hos 357 patienter i livets slutskede. Genomsnittsåldern var 58 år och andelen kvinnor var 55 procent. Patienterna inkluderades konsekutivt vid två cancercentra för palliativ vård i USA och Brasilien. Femtiotvå kliniska tecken registrerades var tolfte timme från tiden för inskrivning. Varje parameter registrerades med avseende på förekomst och mediantidpunkt för debut, beräknat retroaktivt från patientens död.

Forskarna identifierade åtta kliniska bedside-kännetecken som med stor sannolikhet förutsade att patienten skulle dö inom de närmaste tre dygnen. Dessa kännetecken var: icke-reaktiva pupiller, nedsatt respons på verbala stimuli, nedsatt reaktion på visuella stimuli, oförmåga att helt sluta ögonen, »slokande« ansiktsdrag kring näsa och mun, hyperextension av nacken, knorrande läten från stämbanden samt blödningar i övre gastroregionen.

Samma författare har tidigare identifierat ytterligare fem bedside-kännetecken för nära förestående död i cancer: Ingen puls i artärerna, minskad urinmängd, Cheyne-Stokes-andning, underkäksrörelser vid andhämtningen samt rosslingar.

Hui D, et al. Cancer. Epub 9 feb 2015. doi: 10.1002/cncr.2904829048..

Hui D, et al. Oncologist. 2014;19:681-7.



Betaniastiftelsen

Betaniastiftelsen utvecklar vård och omsorg genom utbildningar

Besök vår hemsida

www.betaniastiftelsen.nu

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

Tips?

Har du några nyhetstips till oss?

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

Hör av dig till: info@nrpv.se

Vill du vara säker på att få nästa nummer av tidskriften Palliativ Vård?

Betala din medlemsavgift tidigt på året. Nästa nummer kommer i mars 2016.

Det första och enda 5-HT₃ antagonistplåstret

5 dagars skydd mot kemoterapiinducerat illamående och kräkningar¹ ✓ 1 plåster ✓ 1 applicering

Sancuso® depotplåster är indikerat för vuxna för förhindrandet av illamående och kräkningar i samband med måttligt eller kraftigt emetogen kemoterapi under en planerad varaktighet på tre till fem på varandra följande dagar där peroral antiemetisk administrering kompliceras av faktorer som gör det svårt för patienten att svälja.

SANCUSO (granisetron) 3,1 mg/24 timmar depotplåster. **A04AA02 Rx (F)** Subventioneras endast till patienter där peroral administrering inte är lämplig. Tunt, genomskinligt, 52 cm² rektangulärt depotplåster av matrityp med rundade hörn. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiv substans, andra 5-HT₃-receptor-antagonister eller mot hjälpämnen: polyester, sampolymer av akrylat och vinylacetat samt silikoniserad polyester. **Varningar försiktighet:** Reaktionen på appliceringsstället har rapporterats vilka i allmänhet hade lindrig intensitet; ledde inte till att användningen avbröts. Om allvarliga reaktioner eller generaliserad hudreaktion uppstår (allergiska utslag, erytematösa, makulära, papulösa utslag, klåda) måste depotplåstret avlägsnas. Granisetron kan reducera motiliteten i tjocktarmen, patienter med tecken på subakut tarmobstruktion bör övervakas efter administrering av läkemedlet. 5-HT₃-receptorantagonister kan associeras med arytmier eller avvikande EKG, kan potentiellt ha klinisk signifikans hos patienter med befintliga arytmier, störningar i hjärtats överledningssystem eller patienter som behandlas med antiarytmika eller betablockerare. Inga kliniskt relevanta effekter har setts i kliniska studier med SANCUSO. Kan påverkas av direkt naturligt eller artificiellt solljus. Patienter måste informeras att täcka över stället där depotplåstret sitter. Lex. med kläder, om risk för exponering för solljus finns, under hela användningsperioden och i tio dagar efter det att plåstret avlägsnats. Dusch/tvätt som vanligt; aktiviteter som simning, ansträngande motion eller bastubad bör undvikas. Extern värme (lex. varmvattenflaskor/dynor) bör undvikas i området där depotplåstret sitter. Inga särskilda dosjusteringar är nödvändiga för äldre patienter eller patienter med nedsatt njur- eller leverfunktion. Även om ingen evidens för någon ökad incidens av biverkningar har observerats hos patienter med nedsatt njur- eller leverfunktion som fått granisetron peroralt och intravenöst, måste viss försiktighet ändå iaktas i denna population, baserat på farmakokinetiken för granisetron. Det har förekommit rapporter om serotonininsyndrom vid användning av 5-HT₃-antagonister när de används ensamma, men huvudsakligen i kombination med andra serotonerga läkemedel (däribland selektiva serotoninåterupptagshämmare [SSRI] och serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare [SNRI]). Lämpig observation av patienter med avseende på serotonininsyndromsliknande symptom rekommenderas. **Effekter förmåga framföra fordon/använda maskiner:** Ingen eller obetydlig effekt. **För ytterligare info och pris se:** www.fass.se ProStrakan AB, Knarrnäsgränd 7, 164 40 Kista www.prostrakan.se info@prostrakan.com Rev: okt 2015 Ref. 1: SPC 201502



ProStrakan

A member of the Kyowa Hakko Kirin group

KYOWA KIRIN

Sancuso®
(granisetron) depotplåster



Årets sjuksköterska inom Palliativ omvårdnad 2015

Brita Källgren, Stockholmssjukhem har blivit utsedd till Årets sjuksköterska inom Palliativ omvårdnad 2015 av SFPO - Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad

Brita Källgren har stor kompetens i palliativ omvårdnad och förmåga att kombinera ny teoretisk kunskap med praktisk erfarenhet. Hon hittar möjligheter även när hindren tornar upp sig. Brita ser alltid till patientens bästa och välbefinnande även om det innebär merarbete för henne själv.

Brita har skaffat sig mycket kunskap, är noggrann och lyhörd för patienter och närstående såväl som för arbetskamrater. Hennes engagemang



smittar av sig. Hon är alltid öppen för nya uppslag som kan bidra till utveckling av den palliativa vården till gagn för patienter och närstående.

Årets sjuksköterska i palliativ omvårdnad erhåller förutom utmärkelsen, konferensavgiften betald till den 4:e Nationella Konferensen i Palliativ Vård – Malmö 15 – 16 mars 2016, samt resa och uppehålle liksom deltagande i SFPO:s utbildningsdag 13 oktober 2015.

Svensk Förening för Palliativ Medicin

SFPM är en specialistförening inom Sveriges läkarförbund och en associerad förening inom Sveriges läkarsällskap. Föreningen konstituerades i Norrköping 1997.

Palliativ medicin är en ny tilläggsspecialitet sedan 1 maj 2015 enligt beslut från Socialstyrelsen. Det innebär att specialistläkare inom en klinisk basspecialitet kan bygga på med en specialistutbildning inom palliativ medicin.

Sedan den 1 maj 15 gäller nya målbeskrivningar för samtliga specialiteter. Alla kliniska specialiteter ska nu ha ett mål B med palliativ medicin, vilket innebär att alla ST-block i en klinisk specialitet, till exempel kirurgi, geriatrik och gynekologi kommer att ha krav på en genomgången kurs i palliativ medicin samt en eventuell randning inom en palliativ verksamhet under specialistutbildningen.



När detta skrivs finns det minst fyra specialister i palliativ medicin i Sverige. SFPM samlar in erfarenheter från medlemmar som ansökt om tilläggsspecialitet i palliativ medicin och har sammanställt tips som finns på hemsidan www.sfpm.se.

Diplomeringsförfarandet fortsätter tills vidare. Din ansökan för diplomering ska vara inne senast den 31 december 2015. Information och ansökan om diplomering finns på SFPMs hemsida

SFPMs nästa vår- och årsmöte äger rum 16 - 17 mars 2016 i Malmö i anslutning till den 4:e Nationella konferensen i palliativ vård.



Sammanfattning av UFPOs utbildningsdag i Gävle

Den 12 oktober höll UFPO utbildningsdag i Gävle. Programmet höll måttet enligt utvärderingen från deltagarna. Dagen började med att ordförande Britt-Marie Strömqvist hälsade alla varmt välkomna med ett musikinslag, "Leva tills jag dör" med Lasse Stefanz och Mikael Wiehe.

Föreläsningarna inleddes med UFPOs stipendiat 2014 Ginny Sköld som berättade om sin utbildningsresa till EACPs konferens i Köpenhamn. Ginny fick stöd i sin redogörelse av Maj-Britt Persson, från UFPOs styrelse som också deltagit i konferensen.

Föreläsaren Jenny Eriksson berättade om sin pappas sjukdomstid med diagnosen demens, hur detta drabbade hennes uppväxt och hur det har format hennes liv. En mycket intressant och gripande föreläsning.

Monika Axelsson från Svenska Palliativregistret gav oss viktig information. Palliativregistret är ett kvalitetsregister som visar att patienter får vård utifrån olika mätparametrar som skrivs in i registret. Viktigt att vi tar del av resultaten på våra respektive arbetsställen så att vi kan säkerställa en god vård.

Under eftermiddagen höll Mathis Brian två mycket intressanta och givande föreläsningar

med rubrikerna: Optimal symtomlindring vid nedsatt mag-tarm-passagen samt Finns det plats för dödshjälp i den palliativa vården? I den andra delen gavs utrymme för intressanta diskussioner bland deltagarna.

Dagens utställare Ros-Marie Thörnqvist från Proxident bjöd på information och munvårdsprodukter under pauserna.



Många vinster delades ut i Närvarolotteriet, uppskattat som alltid. Vi säger stort tack till Gävle för denna gång och till våren 2016 ses vi någonstans i Sverige.

Viola Johansson
Suppleant UFPO

Inger Benkel - Kurator

TEXT // EVELYN PESIKAN

Den yttre världen påverkar den inre. Vi kuratorer kan gå mellan dessa världar och hjälpa patienten att leva fram till döden. Vi arbetar med patientens sociala värld och ibland rör vi oss i gränslandet mellan den sociala och existentiella smärtan. Så beskriver Inger Benkel den yrkesroll hon haft i 36 år och fortfarande trivs med.



Som så många andra ville Inger Benkel, 60, som ung arbeta med människor. Hon funderade först på att bli förskollärare men ändrade sig snart och sökte in till Socialhögskolan.

- Men jag visste tidigt att det var inom sjukvården jag ville arbeta. Jag har aldrig satt min fot på ett socialkontor trots att jag är socionom, säger Inger, som är född och uppvuxen i Göteborg.

Sedan 16 år arbetar hon på Palliativa sektionen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset men numera ägnar hon sin huvudsakliga tid åt forsknings- utbildning- och utvecklingsverksamheten vid Palliativt Centrum som hon varit med i från starten år 2010.

Hennes första arbetsplats som färdig kurator var inom akutsjukvården på Mölndals lasarett 1979.

- På den tiden fanns inte ens ordet palliativ vård. Det hette terminalvård förr men mitt intresse för att arbeta med människor i livets slutskede – och då inkluderar jag i hög grad även deras närstående, vaknade redan då.

Och detta intresse har definitivt hållit i sig. Inger Benkel har under åren visat ett stort engagemang i sitt yrke. 2002 var hon en av dem som startade föreningen SiP, Föreningen för socionomer inom palliativ vård, som arbetade fram riktlinjer för kuratorer inom palliativ vård.

- Från 2009 och fram till i år var jag ordförande i SiP, ett jätteroligt och viktigt arbete, men nu tyckte jag det var hög tid att släppa fram andra, yngre krafter.

För fyra år sedan disputerade hon på en avhandling om närstående i palliativ vård, ett område som alltid legat henne varmt om hjärtat.

I palliativ vård ingår närstående som en naturlig del. Hur familjenätverken och de sociala relationerna ser ut, påverkar hur patienten kan hantera sin situation. Vår uppgift som kuratorer är att hjälpa patienten både praktiskt, socialt och känslomässigt, allt går ju in i vartannat.

Efter alla år i yrket har hennes världsbild ändrats. -Småsaker är inte viktiga längre, jag bryr mig inte ett dugg om "lite skit i hörnen". Livet pågår här och nu, vi har bara detta nu.

Alla möten med människor, alla berättelser, alla livsöden är det som gjort att jag verkligen trivs med mitt arbete, säger Inger som i år har publicerat sin första bok, Att möta den som sörjer.

Boken är baserad på forskning, all den kunskap som arbetet gett och på några av de berättelser hon lyssnat på under mer än tre decennier.

- Kurators kompetens syns och behövs i den palliativa vården. Vi är med i sjukdomsprocessen som stödpersoner, ej myndighetsutövare. Det är ett yrke som är utmanade eftersom man inte bara möter andras sorg utan även sin egen sårbarhet.

Nationella Rådet för Palliativ Vård

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



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



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



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



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



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



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



Sjuksköterskor i Cancervård
Hemsida: www.cancervard.se



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



FSA
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Hemsida: www.fsa.se/Om-forbundet/Utskott/onkologi ochpalliativvard

Nätverk för chefer och ledare i palliativ vård

Nätverk för sjukhuskyrka och teologer inom palliativ vård



Nationella Rådet för Palliativ Vård

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

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

Palliativ Vård

Tidskriften för Palliativ vård i Sverige

ANSVARIG UTGIVARE

Carl Johan Furst
Överläkare, professor, Lund
SPN - Svenskt Palliativt Nätverk

CHEFREDAKTÖR

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

REDAKTION

Solveig Hultkvist
Kurator, Stockholm
SiP

Olav Lindqvist

Leg. sjuksköterska, med. dr, Umeå
SFPO

Ulrike McLachlan,
Överläkare, Stockholm
SFPM

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

ANNONSER

Adviser Försäljning AB
Moa Gunnarsson
0720-80 15 08
08-408 055 08
moa@adviser.se

BILDKONSULT

Rolf Adlercreutz
rolf@adlercreutz.se

TRYCK

Trydells Tryckeri AB

LAYOUT

Adviser försäljning AB

UPPLAGA

5000 exemplar

ISSN

2001-841X

FOTO OMSLAG

Shutterstock

PRENUMERATION

4 nr/år Pris 200:-

För att prenumerera: skicka e-post
med namn, adress samt postadress
till info@nrpv.se

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

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

4:E NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

MALMÖ 15–16 MARS 2016
www.palliativ2016.se

Sista
anmälningdag
för billigare
anmälan
11 jan 2016



Invacare MicroAir MA50

Den bästa kombinationen av komfort och teknologi



MicroAir MA50CE är en tekniskt innovativ och kliniskt effektiv toppmadrass med många funktioner, vilket innebär optimal komfort och enkel användning. MicroAir MA50CE ger en god tryckavlastning.

MicroAir MA50CE är en tryckavlastande toppmadrass med 4 alternerande cykler (5, 10, 15, 20 min) för att öka brukarens komfort. Det är möjligt att välja mellan dynamisk och statisk funktion, den sistnämnda endast för en begränsad tid. Madrassen är avsedd för brukare i medel och hög risk att utveckla trycksår.

Hygienöverdraget är fritt från bromin och halogena ämnen vilket minskar den negativa påverkan på miljön. Den nya teknologin medför att materialet har en längre hållbarhet med hänsyn till rengöring.



Mer information på www.invacare.se

Trusted Solutions, Passionate People

