

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 1 • 2016

TEMA:

Allmän palliativ vård



Nationella Rådet för Palliativ Vård

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.

¹ Tylner 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

Allmän palliativ vård

Allmän palliativ vård är enligt Socialstyrelsens termbank den palliativa vård som ges till patienter av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. I Nationella vårdprogrammet 2012 – 2014 finns ett viktigt tillägg: Allmän palliativ vård och omsorg ska bedrivas inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård – och omsorgsboenden. För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare en förutsättning.

Omslaget till detta nummer - pyramiden - visar en symbolisk bild av den palliativa vården idag. En smal topp - den specialiserade palliativa vården för patienter med stora behov - och så den breda basen - den allmänna palliativa vården. Det är tydligt att det måste finnas både specialister och generalister även i palliativ vård.

Det sägs att det inte ska spela någon roll var patienten vårdas för att få god vård i livets slutskede, varken vårdnivå eller driftsform ska vara avgörande. På många håll saknas det gemensamma övergripande

de strategier för den palliativa vården. Här ett upprop till alla landsting och kommuner: lyssna till patienter, familjer och vårdpersonal och ta reda på hur läget är!

Vi som vårdar svårt sjuka och döende måste nu hjälpas åt. För att kunna hjälpa krävs kunskap och engagemang i allmän palliativ vård men även samverkan över organisationsgränserna.

Det finns många exempel på genomförda förbättringar och det är viktigt att gräva där man står. I Östersund krävs det utbildning för vak som sitter hos döende – det erbjuder kommunen. I Örn-sköldsvik är palliativa ombud konsulter i akutsjukvården. I detta nummer finns flera exempel på förbättringsarbete som permanentats. Läs och inspireras!

Det finns dock skrämmande exempel på när det krävs exceptionella insatser för att en äldre och svårt sjuk människa ska få den hjälp som behövs. Här är det tredje statsmakten - media - som gör skillnad. Om man är en allmänt känd person som

får publicitet och beskriver missförhållanden eller om någon lyckas få in en artikel som beskriver problemet i riksmidia – då går det fort och då finns det möjligheter som inte fanns dagen innan. Det är bra för de få som får hjälp den vägen men är det så det ska vara? Läs artikeln på sidan 41 och bedöm själva.

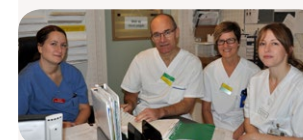
Vi har alla en uppgift att undervisa och informera ansvariga politiker och administratörer om palliativ vård och hur vi ska möta patienternas behov i livets slutskede. Det krävs kunskap för att för att kunna prioritera och ta adekvata beslut. På sidan 28 kan ni läsa äldreomsorgsminister Åsa Regnérs svar på våra frågor om allmän palliativ vård.

Sylvia Sauter

Sylvia Sauter
Chefredaktör

Innehåll

4. Tema: Allmän palliativ vård
6. Reflektioner om allmän palliativ vård - då och nu
8. Platsen för död i Sverige
10. Exempel på god palliativ vård
17. Tack till nya palliativa ombud
12. Yrke-sjuksköterska och palliativ koordinator
20. Från specialiserad till allmän palliativ vård



22. Kompetens när och där behoven finns

24. Bristande information mellan vårdgivare
25. WHO informerar om bristande palliativ vård
26. En utvecklingsplan för att kvalitetssäkra döendet



28. Äldreomsorgsministern Åsa Regné svarar på frågor

30. Vem får handledning
32. Ej HRL
34. Dödshjälp - vad är det vi talar om?

36. Språkfrågan
38. Patientfallet
39. Vetenskaplig kommentar
40. Krönika
41. Debatt
42. Medlemssidor

Tag mig - Håll mig - Smek mig sakta

Tag mig. - Håll mig. - Smek mig sakta.
Famna mig varligt en liten stund.
Gråt ett grand - för så trista fakta.
Se mig med ömhet sova en blund.
Gå ej från mig. - Du vill ju stanna,
stanna tills själv jag måste gå.
Lägg din älskade hand på min panna.
Än en liten stund är vi två.

I natt skall jag dö. - Det flämtar en låga.
Det sitter en vän och håller min hand.
I natt skall jag dö. - Vem, vem skall jag fråga,
vart jag skall resa - till vilket land?
I natt skall jag dö. - Och hur skall jag våga?

I morgon finns det en ömkansvärd
och bittert hjälplös stackars kropp,
som bäres ut på sin sista färd
att slukas av jorden opp.

Harriet Löwenhjelm (1887 – 1918)
Dikten ingår i boken Dikter som gavs ut nio år efter hennes död.
Dikten skrevs på natten innan hon dog i tuberkulos.



Tod und Leben, Gustav Klimt

Reflektioner om allmän palliativ vård - då och nu

TEXT // GUNNAR CARLGREN

FRU A kom till min mottagning och jag förstod att hon led av depression. I över ett års tid hade hon burit på en känsla av skuld och skam över att hon inte hade agerat mer kraftfullt när hennes mamma gick mot döden. Hon upplevde inte att någon tog ansvar för att mamman skulle få bästa vård mot slutet, eller om slutet verkligen skulle komma då. Om hon bara hade förmått att göra mer, så kanske inte mamma hade dött, inte då. Skuld känslorna hamnade på mina axlar när jag fann att jag varit inblandad i vården av hennes mamma på slutet.

FRU B kom till min mottagning när jag var nyfärdig distriktsläkare. Hon var hjärtsjuk och kom för att få råd och hjälp med svåra bröstsmärtor. Jag minns att jag ville skicka henne till sjukhuset, men hon ville inte. Med mitt godkännande åkte hon hem med symtomlindrande medicin. På måndagen fick jag höra att hon dött hemma, och jag drabbades av ruelle.

BÅDA DESSA PATIENTFALL illustrerar behov av en kompetens inom allmän palliativ vård. Under hela min utbildning till läkare på 70-talet kan jag inte påminna mig att jag hörde ordet palliativ vård en enda gång. Inte heller blev jag förberedd på att jag skulle hamna i situationer med svåra avvägningar mellan vad vi kan göra som läkare och vad vi bör göra efter etisk reflektion.

Under de år som gått har jag sett sjukvården utvecklas till att kunna förlänga den kroniskt sjukes liv lite till, så att ytterligare ett par vändor hinns med i akutsjukvården innan den oundvikliga döden till sist kommer.

Ädelreformen 1992 innebar att antalet människor som dog på sjukhus halverades, och nu sker knappt hälften av alla dödsfall i kommunernas särskilda boenden. Samtidigt har under mitt yrkesliv antalet människor över 80 år tredubblats, så sammantaget har allmänläkarens uppdrag kraftigt förskjutits mot äldre vård och palliativ vård.

I primärvården har vi inte varit särskilt bra på att ta hand om de svårast sjuka patienterna hemma och ge dem trygghet i en fungerande hemsjukvård. Primärvårdens kontext är mottagningsbaserad, och när patienterna inte längre kan ta sig till mottagningen övergår läkaren till att arbeta indirekt via sin distriktssköterska. Distriktssköterskan finns numera längre bort och på andra sidan den magiska huvudmannaskapsgränsen i en annan journalmiljö. Jourläkaren har ofta inte tillgång till journalinformation, ibland är verksamheten outsourcad.

På glesbygdsvårdcentralen, med en liten grupp läkare och sjuksköterskor som tillsammans bär upp vården, är möjligheterna större. Det är också där man finner ett engagemang för hemsjukvårdens möjligheter.

FÖR ATT HEMSJUKVÅRDEN ska kunna erbjuda trygghet måste några basala krav vara uppfyllda, som tillsammans utgör en struktur som det kan byggas vidare på:

- Någon form av registrering eller inskrivning i hemsjukvård för att synliggöra gruppens specifika behov i organisationen.
- En vårdplan som anger vårdens mål och innehåll. Där ska finnas konkreta ordinationer av vad som behövs vid förväntade akuta händelser, liksom tydliggörande av var patienten befinner sig på vägen mot brytpunkten för vård i livets slutskede.
- En namngiven ansvarig vårdgivare, såväl läkare som sjuksköterska.
- Tillgänglighet till medicinsk bedömning dygnet runt, det vill säga telefonnummer för direktkontakt med möjlighet till hembesök när behov föreligger.
- På större vårdcentraler kan renodlad hemsjukvårdsläkare vara att föredra.
- Någon form av hemsjukvårdsrond för teambaserad reflektion och planering.
- Rutiner för närståendestöd och kommunikation med omvårdnadspersonal.
- Möjlighet till extravak när döden närmar sig.

Runt BVC-verksamheten finns överallt ett välsnickrat tidsstaket, vi måste bygga ett sådant runt verksamheten för våra sjukaste patienter.

Med en sådan struktur på plats kan kompetensutveckling göra skillnad. Allmän och specialiserad palliativ vård står på samma värdegrund och måste kunna ge samma kvaliteter för den döende människan. Den specialiserade palliativa vården har en särskild erfarenhet av att arbeta framförhållande, vilket den allmänna palliativa vården vinner på att lära av.

SÅ HÄR SKULLE jag ha gjort med fru A:s mamma: När hon flyttade till sjukhemmet var det för att hon på grund av sjukdom/funktionshinder inte klarade sig själv hemma, hon kände sig otrygg. Jag skulle tillsammans med sjuksköterskan och ansvarig undersköterska ha bjudit in närstående till ett ankomstsamtal. Detta för att presentera oss som ansvariga och för att börja bygga trygghet för både patient och närstående. Vi visar upp vad vi har för mål med den medicinska vården och omvårdnaden, vad vi kan göra på sjukhemmet och när vi kan behöva sjukhusets hjälp. Vid detta eller annat möte tar jag upp frågan med patienten om hennes förväntningar och farhågor gällande framtiden efter flytten. Ofta upplever den gamla människan påtagligt att sista bladet är vänt i livets bok. En önskan om att slippa lida och slippa bli liggande utan möjlighet att hävda autonomin är vanlig. Att lyssna, bekräfta och försäkra kan vara mycket lugnande för både

patient och närstående. När vi lärt känna vår nya patient upprättas en medicinsk vårdplan som beskriver vilken vård vi avser att ge, även i samband med akut försämring. När livets slut närmar sig görs brytpunktsbedömning för vård i livets slutskede, och fru A är trygg med att hennes mamma är i goda händer.

JAG FRÅGAR SEDAN sjuksköterskan vilken patient hon tror kommer att lämna oss härnäst, och sköterskan kan ofta intuitivt ange vem det kommer att vara. Då kontakter vi närstående och erbjuder ett samtal om vad vi ser håller på att ske, och utifrån detta kan vi ofta tillsammans konstatera att den gamla har kommit till brytpunkten för vård i livets slutskede. När patient och närstående är informerade bygger vi strukturen för god palliativ vård på sedvanligt sätt.

Många invänder att det inte finns tid till detta. Det är förstås ofta sant, men lika sant är att brist på genomtänkt struktur och arbetssätt också är vanligt. För flertalet patienter på sjukhem och demensboende finns en tidsperiod före brytpunkten för vård i livets slutskede när man i en vårdplan börjar införa vårbegränsning och gestaltar den vård som ska erbjudas.

OM FRU B skulle komma till min mottagning idag skulle hon genom kardiologins landvinningar inte i första hand vara plågad av kärlekskrampsmärta, mer troligt är att hon skulle ha funktionsnedsättning av sin hjärtsvikt. Hon kanske är i funktionsklass NYHA IIIB, hon kan med stor svårighet ta sig från taxin in på mottagningen, och med stor möda upp de fem trappstegen till lägenheten hemma. Hon är trött, har ingen aptit, och andfäddheten är tidvis plågsam. Hon förstår inte riktigt varför hon mår så dåligt, och hon är orolig för hur det ska bli. Jag berättar för henne hur vi kan lindra hennes symptom, och vi enas om att vi vid ett hembesök tillsammans med kommunsjuksköterskan ska planera den palliativa hjärtsvikt vården. Vi känner varandra sedan länge, vi samtalar om livet och döden. Hon vill bo kvar hemma, även om närstående till en början är tveksamma. Hur lång tid hon har kvar i livet vet jag inte, vi måste planera både med kort och lite längre tidsperspektiv.

Att genomföra palliativ vård i hemmet kräver lite mer än på sjukhemmet. *Fru B* är ensam långa tider, och för att hon ska kunna uppleva trygghet måste hon ha tillgänglighet till sjuksköterska och även läkare dygnet runt, utöver hemtjänstpersonal och närstående. Teamarbete och kompetens i palliativ vård gör skillnaden.



Gunnar Carlgren
Överläkare
Specialist i allmänmedicin
LAH Linköping

Platsen för död i Sverige

TEXT // CECILIA HÅKANSON & JOAKIM ÖHLÉN

Platsen för död uppmärksammas alltmer, för dess betydelse för välbefinnande och trygghet under livets sista tid. Graden av uppfyllelse av önskad plats för död utgör i många länder, liksom i Sverige, en kvalitetsindikator för palliativ vård. I Sverige saknas studier om på vilken plats människor egentligen önskar tillbringa livets sista tid.

INTERNATIONELLA OCH i allmänt samhällspolitiska diskussioner betonas att vård i hemmet är ett betydelsefullt och ur den sjukes perspektiv ofta önskvärt alternativ. Det svenska kunskapsstödet för palliativ vård ger ingen konkret vägledning när det gäller platsen för död, men det betonas att palliativ vård bör integreras på olika vårdplatser där personer med långvarig/livsbegränsande sjukdom vistas.

Platsen för död varierar mellan länder och patientgrupper. Faktorer relaterade till hälso- och sjukvårdens organisation, till exempel tillgång till palliativa specialistverksamheter, primärvårdens roll samt kulturella föreställningar kopplat till döende och död förefaller i stor utsträckning förklara dessa skillnader. Man har också visat att socioekonomiska och geografiska faktorer kan bidra till ojämlika möjligheter att få tillgång till hemsjukvård i livets slut.

DEN SVENSKA dödsplatsstudien baserar sig på samtliga dödsfall i Sverige 2012. Data har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och ett flertal register från SCB. Resultatet av studien visar att fortfarande dör de flesta 42 procent

på sjukhus, medan knappt 18 procent dör i det egna hemmet (figur 1). Dessa siffror liknar flera andra europeiska länder. Det som skiljer ut Sverige är det stora antalet personer 38 procent som dör i särskilda boenden, samtliga lång/korttidsboenden, vilket är mer än i de flesta andra länder. För personer med potentiella behov av palliativ vård, cancer, kronisk hjärt-/lungsjukdom, neurodegenerativ sjukdom lever/njursvikt, HIV enligt Rosenwax modell, vilket utgör drygt hälften av alla dödsfall, dör färre 16 procent i hemmet, fler i särskilda boenden 43 procent och något färre på sjukhus 40 procent (figur 1).

RESULTATET VISAR också variationer mellan de olika sjukvårdsregionerna. När det gäller hemma-boende individer är sannolikheten att dö på sjukhus signifikant större i Stockholm jämfört med Norrland. Detta är särskilt intressant eftersom antalet vårdplatser per capita är lägre i Stockholm än i Norrland. För personer i särskilda boenden är sannolikheten att dö på sjukhus jämfört med att stanna kvar och dö på det särskilda boendet lägre i Norrland än i alla andra regioner utom den sydöstra. Studien visar också att

det finns vissa kopplingar mellan utbildningsnivå respektive civilstånd och platsen för död. Detta behöver dock studeras vidare.

Platsen för död kan ses som en indikator för ett lands förmåga att organisera och tillhandahålla vård i livets slut på olika vårdplatser. Kunskapen om var människor dör utgör ett viktigt underlag för policy, för att planera och organisera vården så att alla som behöver får tillgång till relevant palliativ vård, oavsett vårdplats. Däremot ger dödsplatsstudien liten vägledning om vårdens innehåll.

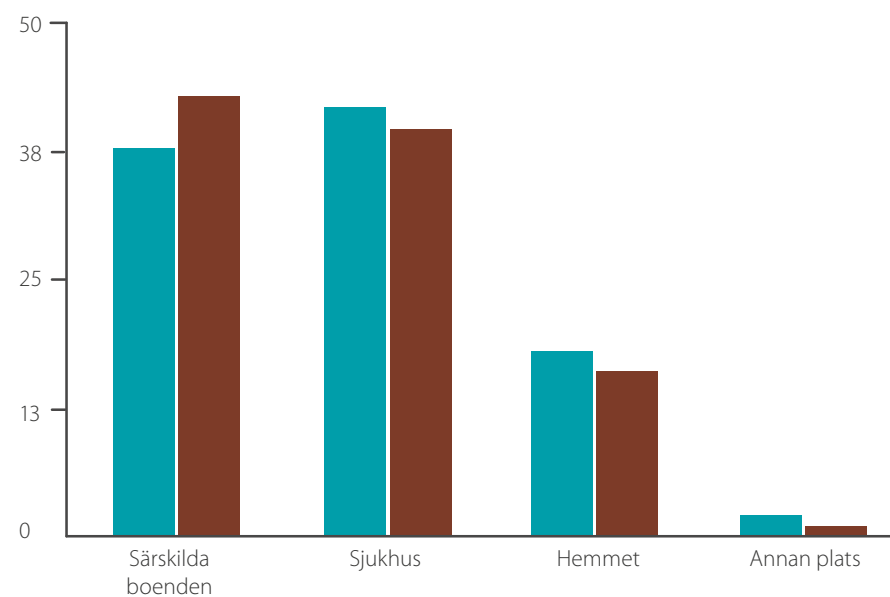
I Sverige behövs större studier om vårdkvalitet över tid på vårdplatser där personer dör, och om var människor vill vårdas under livets sista tid och dö. Vi behöver också undersöka de potentiella ojämlikheter, geografiskt och socioekonomiskt som identifierats här.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Figur 1. Platsen för död i Sverige 2012

■ Platsen för död samtliga dödsfall
■ Platsen för död för personer med potentiella palliativa vårdbehov (se Rosenwax et al 2005)



”

Det som skiljer ut Sverige är det stora antalet personer som dör i särskilda boenden



Cecilia Håkanson

Med dr, lektor vid institutionen för vårdvetenskap och Palliativt forskningscentrum & studierektor för forskarutbildningen, Ersta Sköndal högskola, Stockholm
E-post: cecilia.hakanson@esh.se



Joakim Öhlén

Professor i palliativ vård vid Palliativt forskningscentrum, Ersta Sköndal högskola & gästprofessor i omvårdnad vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet, Stockholm.

medi

Kom och träffa oss på SSiS årskonferens i Umeå, 20-21:e april.

Kan man läka bensår och spara pengar samtidigt?

Räkna själv. Vad kostar arbetstid och material när en patient lindas om minst två gånger i veckan?

Jämför kostnaden med circaid juxtacures som har en livslängd på 6 månader och är lätt att applicera. Du kommer antagligen fram till samma svar som vår egen studie. Nämligen att svaret är: Ja.

Kontakta oss så berättar vi mer om circaid juxtacures!

www.medi.se

medi. I feel better.

Exempel på god palliativ vård

TEXT // EVELYN PESIKAN

På flera håll har den allmänna palliativa vården utvecklats i en positiv riktning. Samverkan mellan specialiserad och allmän palliativ vård och förändrat arbetssätt över organisationsgränserna är några anledningar. På de följande sidorna förklarar personalen på olika platser i landet hur vården ser ut på deras arbetsplatser.



Kerstin Ivanov

Enhetschef, Kävlinge

Arbetsgruppen i skånska Kävlinge heter VILA (vård i livets avslut) men ingen kan påstå att medlemmarna, sex kommunanställda specialistutbildade undersköterskor, ligger på latsidan. Tvärtom har de under tolv år tillsammans med bland annat enhetschefen Kerstin Ivanov utvecklat ett unikt arbetssätt som bygger på ett tätt och välfungerande samarbete med både det palliativa teamet och hemtjänsten.

FÖR TRETTON ÅR sedan arbetade Kerstin Ivanov som enhetschef i Kävlinge kommun, inom ett annat verksamhetsområde.

— Jag satt även i ledningsgruppen och såg att det i kommunen saknades specifik kompetens för att människor skulle kunna erbjudas god vård och omsorg i hemmet mot slutet av livet. Vi såg också att allt fler önskade att få bo kvar och så småningom också dö hemma, det var detta behov vi ville kunna möta. Det som började med hemrehabilitering utvecklades sakta till det som blev VILA-gruppen, berättar Kerstin och tillägger att man på försök först anställde fyra undersköterskor som arbetade dagtid.

— När vi såg att detta fungerade utmärkt anställde vi fler och idag arbetar sex undersköterskor alla dagar i veckan från 06.45 till 21.30. Samtliga kommer att gå specialistutbildningen i palliativ vård för undersköterskor. Har det varit svårt att åstadkomma denna förändring? Har det kostat mycket att starta VILA-gruppen? Tvingade man göra några andra neddragningar?

— Nej, inte alls, svarar hon på alla frågorna. Det handlade bara om att omorganisera och omfördela de resurser som redan fanns. Det var så vi skapade denna möjlighet att förbättra vår verksamhet så att både den sjuke och dennes anhöriga/närstående skulle känna sig tryggare. Med vårt system är det samma personal som kommer hem till den döende hela tiden.

VILA-GRUPPEN ARBETAR främst med sjuka människor i hemmet men fungerar också som ett konsultteam för verksamheten vid olika vård- och omsorgsboenden. Tre resursplatser på ett omsorgsboende är knutna till den palliativa verksamheten.

”

Med vårt system är det samma personal som kommer hem till den döende hela tiden.

Till det geografiska områdets team hör biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och en enhetschef som har handledningsansvar. Husläkare/primärvårdsläkare ansvarar för de medicinska insatserna på läkarnivå som delegeras till kommunens personal. VILA-gruppen har ett tätt samarbete med hemvården som svarar på larm.

— Vi har ett välfungerande avtal med det palliativa teamet på ASIH. Vi jobbar mycket bra tillsammans. Fyra gånger per år har man gemensamma utvecklingsmöten där bland annat nya forskningsrön diskuteras.

— Vi har en ständigt pågående kompetensutveckling och kan erbjuda en karriärstege för undersköterskor. Sjukfrånvaron i VILA-gruppen är närmast obefintlig och ingen slutar. Här arbetar vi efter deviserna frihet under ansvar och att ingenting är omöjligt. Det gynnar både personalen och dem vi vårdar, säger Kerstin Ivanov och tillägger att VILA-enheten vårdade 28 personer under 2015, allt från några dagar till några månader.

Kerstin Ivanovs råd till andra som funderar på att starta liknande verksamheter:

- Förankra idén hos ledningsgrupp.
- Skriv ihop ett förslag på utvecklingsarbetet.
- Förankra det hos politiker.
- Arbeta med en styrgrupp och en referensgrupp under utvecklingsprocessen. I grupperna bör det finnas representer från olika yrkeskategorier, även från regionen/vårdcentraler.
- Räkna ut tidsåtgången idag för uppgifterna, detta kan omvandlas till resurser.
- Börja i projektform.
- Modellen måste vara väl förankrad hos alla verksamheter.
- Tydliga riktlinjer behövs, använd det som står i nationella vårdprogrammet för palliativ vård.
- Utbildade undersköterskor i palliativ vård.
- Använd palliativregistret för att se exempel på vad som är mindre bra.



Lena Olsson

Undersköterska, Kävlinge

UNDERSKÖTERSKAN LENA OLSSON med mångårig erfarenhet från hemtjänsten har arbetat i VILA-teamet från starten 2004. Nu läser hon till specialistundersköterska och säger med eftertryck: Detta är utan tvekan det bästa jobb jag har haft!

UNDER DE 20 år Lena Olsson var anställd i hemtjänsten såg hon att allt fler människor dog i hemmet. Och hon såg också att långt ifrån alla fick en fin sista tid i livet. På den tiden saknades både tid, kunskap och kontinuitet vilket ledde till otrygghet för patienterna som ständigt fick se nya ansikten fladdra förbi i sina hem. Som tur var uppmärksammades det att något behövde göras och vi fick pengar och fria händer att utforma det tre månader långa projekt som sedan blev VILA, säger Lena som var en av fyra personer i gruppen som bland annat gjorde studiebesök på olika hospice runt om i landet.

EFTER TVÅ ÅR permanentades projektet och idag arbetar sex sammansvetsade undersköterskor i teamet.

—Vi har ett otroligt bra arbetslag. För oss är det självklart att stötta varandra och vi lägger upp arbetet enligt principen frihet under ansvar. Patientens behov styr schemat.

Just nu håller alla på att utbilda sig till specialistundersköterskor men Lena poängterar att även det fina samarbetet med ASIH leder till förkovring i god palliativ vård.

— Vi växer verkligen tack vare vår täta kontakt med dem, det fungerar dessutom som värdefull handledning för oss utöver våra samtal med den präst som är knuten till oss.

VILA-GRUPPEN ARBETAR inte dygnet runt men har nära samarbete med ett erfaret resursteam som går in med nattvak när det behövs.

— Men om ett dödsfall är väntat försöker vi oftast lösa det själva genom att ändra våra scheman. Det känns fel att överge de döende i sista skedet.

Samarbetet med ASIH-teamet i Lund fungerar alldeles utmärkt. När vi till exempel ser att det behövs mer smärtlindring ringer vi bara och vi har regelbundna gemensamma avstämningsmöten.

DEN ENDA FÖRBÄTTRING Ingrid önskar sig är att vårdtagarna ska komma in till VILA-enheten tidigare. Alla människor vill förstås inte ha vår hjälp men det finns en tendens att vi får in signaler från regionen lite för sent vilket innebär att vi inte hinner göra ett fullgott palliativt vårdarbete förrän bara några dagar före dödsögonblicket. Det kan kännas otillfredsställande, men vi brukar ändå få fin feedback från de närstående.

Ingrid ser fram mot att få börja studera igen till hösten då även hon ska bli specialistutbildad undersköterska. Man kan inte ha ett bättre arbetslag än vårt, vi är en enhet i ordets bästa mening.

Vi kallar allt Hemvård. Andra kommuner kallar kanske sin organisation "Äldreomsorgen" Vi tänker att vi nästan alltid arbetar i andras hem. Sedan arbetar vi på boende, hemtjänst, korttidsenhet, demensboende. Vila-gruppen arbetar ute med hemtjänsten i hemmen men har 3 gästrum som är kortvårdsplatser.



Ingrid Svensson

Undersköterska, Kävlinge

UNDERSKÖTERSKAN INGRID SVENSSON har arbetat i vården större delen av sitt liv. Efter ett år som vikarie är hon nu permanent medarbetare och sist anställd i VILA-gruppen. Precis som de övriga i teamet brinner hon för palliativ vård, i synnerhet för den så viktiga anhörigvården.

Biståndshandläggaren i kommunen gör själva vårdplaneringen för patienter i ett palliativt sjukdomsskede och VILA-enheten utför sedan stora delar av vården, i samarbete med både hemtjänsten och det palliativa teamet.

—När en ny vårdtagare kommer till oss presenterar vi alltid hela teamet för vederbörande och förklarar vad vi gör, att vi kommer att finnas till hands hela tiden från och med nu. Att vi stannar kvar när den ordinarie hemtjänstpersonalen går hem, att vi har gott om tid. På så vis etablerar vi en trygg relation redan från start, både med den sjuke och med de anhöriga, säger Ingrid som i

likhet med sina kollegor upplever att detta arbetssätt är otroligt givande för alla.



Den enda förbättring Ingrid önskar sig är att vårdtagarna ska komma in tidigare

—Vi får mycket positiv feedback från såväl ledningen som från tacksamma anhöriga. Eftersom vi är så nära vårdtagaren är det oftast vi som sköter den sociala relationen med familj och anhöriga.

VILA-TEAMET HAR inte dygnetrunt-tjänstgöring utan kallar in erfarna nattvak vid behov.

NEWS!

A NEW E-LEARNING PORTAL

– helps you to increase your knowledge in hyponatraemia

We have developed an educational tool for healthcare professionals who wants to learn more about the diagnosis and treatment of hyponatraemia.

LOG IN TODAY!

Register for free on www.hyponatraemia.com

ON THE PORTAL YOU CAN:

- Take advantage of the latest in hyponatraemia
- Read about case studies
- See patient videos and other things that increase your knowledge

När en patient inte fick sin önskan om att få dö i hemmet uppfylld på grund av otrygghet nattetid bestämde sig hemtjänsten Lerum Norr för att starta ett palliativt team som arbetar dygnet runt. Idén till projektet kom från Linda Dellmer, en av de tolv undersköterskor som nu ingår i teamet. För enhetschefen Malin Friberg var det självklart att ge personalen fria händer att arbeta fram en fungerande arbetsordning.



Malin Friberg

Enhetschef, Lerum

DET PALLIATIVA TEAMET i hemtjänstens regi började ta form under tidig höst 2015.

—Den normala arbetstiden för medarbetarna var tidigare mellan 07 och 23, men ett ärende där en patient på grund av otrygghet nattetid valde att dö på korttidsboende trots en stark önskan om att få vara kvar hemma, tydliggjorde behovet av att finnas till hands dygnet runt för de patienter som vill tillbringa sin sista tid i den egna bostaden, säger Malin Friberg, som är socionom och har arbetat som enhetschef i hemtjänsten i sju år.

—Vi har en hög procent kvarboende i kommunen och har märkt att allt fler önskar få vara kvar i sina hem i livets slutskede.

Tack vare den omorganisation som gjordes i hennes distrikt i Lerum Norr hösten 2015 kan de som så önskar nu få dö hemma.

TEAMET BESTÅR AV tolv erfarna undersköterskor som vid behov frikopplas från sina scheman i den vanliga hemtjänsten och tjänstgör dygnet runt. De kommer att ha ett nära samarbete med både kommunens sjuksköterskor och palliativa teamet, säger Malin och förklarar att detta är ett pilotprojekt som ska pågå under hela 2016.

Än så länge arbetar teamet uteslutande med patienter som bor hemma.

VI FINNS ÄNNU inte på vård- och omsorgsboenden, bekräftar Malin som även efterlyser en allmän enkel basutbildning i palliativ vård för undersköterskor.

Samtliga i teamet går nu kursen ”Att få leva tills man dör” som är ett studiematerial om palliativ vård och omsorg om äldre. Studiematerialet är utarbetat av Palliativt centrum vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och FoU

i Väst/GR och utgår från centrala teman i den palliativa vårdfilosofin, som symtomlindring, stöd till närstående, teamarbete och kommunikation.

FÖR ATT UNDERLÄTTA samarbetet, sprida information och kunna utbyta erfarenheter på ett smidigt och enkelt vis har de startat ett slutet nätverk på Facebook.

”

Vi har också ordnat en egen telefon med ett enda nummer så nu kan alla som vill nå vårt team komma rätt direkt.

PÅ FRÅGAN OM vad detta projekt har kostat hittills i pengar och andra resurser svarar Malin med ett skratt.

—Det har faktiskt inte kostat något alls att starta det palliativa teamet. Vi har bara ändrat arbetsorganisationen och omfördelat befintliga resurser. Svårare än så behöver det inte vara att åstadkomma positiva förändringar.

Nu hoppas vi att andra ska inspireras av vårt projekt och börja arbeta som vi.



Linda Dellmer

Undersköterska, Lerum

—Vi ska ju alla dö en dag. För oss är det viktigt att göra slutet så tryggt och bra som möjligt för patienten.

Så säger den engagerade undersköterskan Linda Dellmer som var den som väckte idén om att starta ett palliativt team med dygnet runt-schema i hemtjänsten i Lerum.

TROTS ATT HON bara är 43 år har Linda Dellmer hunnit med mycket i livet. Utöver undersköterskeutbildning med inriktning psykiatri är hon bland annat även utbildad verktygsmekaniker och sminkös (och ja, hon brukar göra sina patienter fina...) Sedan 2008 arbetar hon i hemtjänsten.

—Jag brinner verkligen för palliativ vård. När vi föds håller mamma och/eller pappa oss i handen och så borde det vara också när vi dör, att någon håller oss i handen. Men riktigt så ser det inte alltid ut i verkligheten och det var just ett sådant tillfälle, när en döende patient kände sig så otrygg med vikarierande nattvak att hen bad att få slippa dö hemma, som Linda kände att något måste göras.

VÅRT ARBETSPASS SLUTADE FÖRR kl 23. Det kändes inte alls bra att gå hem och behöva lämna en svårt sjuk patient i händerna på en okänd människa. Sådant får man ont i magen av, säger Linda som gick till sin chef Malin Friberg och föreslog en omorganisation till ett dygnetrunt-schema för de undersköterskor som

Forts.

Fenik

PleurX® är den effektiva lösningen för återkommande ascites och pleuravätska



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

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

Kontakta oss gärna för mer information.

Mail: info@fenik.se
Telefon: 0456-820004

www.fenik.se



”

Det är helt och hållet patientens behov som styr hur vi jobbar.

Forts.

arbetar med palliativ vård. Sedan ett knappt halvår finns det nu två team med vardera sex undersköterskor som täcker alla dygnets timmar.

VILÄGGER UPP våra scheman själva. Det är helt och hållet patientens behov som styr hur vi jobbar. Vi lyfts ut från den vanliga hemtjänsten och arbetar sedan så länge det behövs med de patienter som befinner sig i livets slutskede och vill ha vår hjälp. Vid behov kallar vi på en sjuksköterska och de brukar alltid komma på en gång.

Viktigt att belysa och förbättra kommunikationen mellan vård och omsorg

DEBORA OLSSON ÄR specialistundersköterska och arbetar på ett privatägt demensboende i Stockholm. Hon är mycket engagerad i sitt arbete men tycker att hon får använda sina speciella kunskaper i palliativ vård alldeles för sällan.

—På de somatiska avdelningarna är patienterna ofta för dåliga när de kommer in, ofta hinner man bara vårda dem ett par dagar, säger hon.

SMÅLANDSFÖDDA DEBORA

Olsson som alltid har arbetat inom äldreomsorgen har också alltid varit intresserad av att vårda människor i livets absoluta slutskede.

—Jag glömmar aldrig mitt första dödsfall på jobbet. Det var inget skrämmande alls och jag minns att jag fick så bra handledning av mina äldre kollegor, berättar hon.

När hon kom till Stockholm

praktiserade hon under sin utbildning till specialistundersköterska bland annat på palliativa enheten på Dalens sjukhus.



SÅ SMÅNINGOM FICK hon arbete på demensboendet Kampementet, som drivs av Attendo.

— Det är ett mycket bra boende men det är bara jag som är specialiserad inom palliativ vård.

Smärtlindring och annat i den palliativa ”verktygslådan” fungerar som det ska här men det är otillfredsställande att på de somatiska avdelningarna bara kunna vårda patienterna under de sista dagarna i livet. De borde komma in mycket tidigare, anser hon och tillägger att hon i framtiden skulle vilja pröva på att arbeta på ett hospice eller på ett ASIH.

DEBORA ÄREN av de läsare som svarade på vår läsvärdesundersökning.

— Jag efterlyste mer info om den palliativa vården i kommunerna eftersom jag har upplevt att kommunikationen mellan vård och omsorg kan svikta ibland. Det är viktigt att belysa hela den problematiken, jätebra att ni gör ett tema om allmän palliativ vård, tycker hon.

Tack till nya palliativa ombud

TEXT: CECILIA LINDE

Att personalen är viktig blir tydligt när de palliativa ombuden avtackades i Solna stadshus med diplom och föreläsning.

—Den palliativa vården ökar möjligheten för oss att erbjuda värdighet i vardagen också för människor i livets slutskede. De palliativa ombuden i Solna gör mycket betydelsefulla insatser, både för dem som själva befinner sig i livets slutskede och för deras familjer och vänner. Det känns därför viktigt att själv få finnas på plats och dela ut diplom och brosch till våra nyutbildade palliativa ombud, säger Samuel Klippfalk omvårdnadsnämndens ordförande.

Kunskap om det palliativa förhållningssättet måste finnas där personer med palliativt vårdbehov vårdas - och det är viktigt att inte glömma den kommunala äldreomsorgen. Om personalen är trygg och har kunskap om palliativ vård förmedlas detta medvetet och omedvetet till de äldre och till de närstående. Det är personalen som gör skillnad och har ansvar för att göra mötet i en omvårdnadssituation och/eller i ett samtal med de äldre och närstående så bra som möjligt. Målet är att utbildningen ska ge de palliativa ombuden fler verktyg i dessa möten.



Foto: Anna Hansson

PALLIATIVA OMBUD HAR ett tydligt uppdrag att informera och sprida kunskap till medarbetare och ledning om det palliativa förhållningssättet, sammanställa information till närstående, uppdatera lokala rutiner och vara drivande i reflektioner och utvecklingsarbete tillsammans med kollegor för att utveckla den palliativa vården i verksamheten med mera. Det är också viktigt att ombuden får tillfälle att träffas på nätverksträffar för att utbyta erfarenheter.



Solna

Diplomutdelningen för nyutbildade palliativa ombud, omvårdnadspersonal och sjuksköterskor inom äldreomsorgen i Solna stad skedde samtidigt som nätverksträffen för tidigare utbildade ombud. Peter Strang, professor i palliativ medicin, vars bok varit kurslitteratur,

höll en föreläsning om smärta. När dagen avslutades hade Solna stad ökat antalet palliativa ombud på vård- och omsorgsboenden och för första gången finns det nu palliativa ombud i hemtjänsten.

Cecilia Linde
MAS, Solna

Foto: Anna Hansson

FAKTA

Utbildningen av de palliativa ombuden syftar till att förbättra och utveckla kommunens palliativa vård genom att öka kunskapen ute i verksamheterna. Utbildningssatsningen 2015 genomfördes av omvårdnadsförvaltningen i Solna stad tillsammans med utbildare Ingeli Simmross och Palliativt Kunskapscentrum (PKC) och omfattade kunskap om palliativt förhållningssätt,

palliativ vård idag, igår och i framtiden, symtomskattning, reflektion, praktiska övningar och skriftlig examinationsuppgift. Sedan 2007 har det funnits palliativa ombud på vård- och omsorgsboenden i Solna stad och idag finns det cirka 80 palliativa ombud inom äldreomsorgen.

Yrke-sjuksköterska och palliativ koordinator

TEXT // EVELYN PESIKAN

Många säger att de brinner för palliativ vård. Sjuksköterskan Åsa Sporre Dufva i Karlskoga är inget undantag men som palliativ koordinator har hon dessutom på ett föredömligt systematiskt sätt sett till att få många fler att brinna för samma sak.

PÅ BARA 1,5 år har hon skapat nya riktlinjer, ordnat en grundutbildning i palliativ vård för 660 anställda i den kommunala vården och gjort 70 av dem till palliativa ombud med ansvar för att riktlinjerna följs.

Tidsbrist, avsaknad av rutiner och riktlinjer, okunskap om de riktlinjer som redan finns, olika journalsystem, brist på dialog och direktkommunikation, ingen övergripande organisation.

Åsa Sporre Dufva saknar inte förklaringar till varför det funnits brister i den palliativa vården i hemkommunen Karlskoga där hon sedan september 2014 är anställd som palliativ koordinator.

— Knappt hälften av min tjänst är knuten till Palliativa mottagningen på Karlskoga lasarett där jag träffar döende patienter, deras närstående och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Resterande tid arbetar jag ute i kommunen med att handleda personal och administrera, säger Åsa som tidigare bland annat har arbetat med rehabilitering och i distriktssjukvården där hon har träffat både unga och gamla döende patienter.

FÖR TVÅ ÅR sedan uppmärksammade kommunen att det fanns ett behov av att kunna ge lika god palliativ vård till alla, oavsett var man vistas den sista tiden i livet - i hemmet, på sjukhus eller på ett vård- och omsorgsboende. Uppdraget att åtgärda problemen gick till Åsa Sporre Dufva som utsågs till palliativ koordinator. För att kunna komma tillrätta med något som inte fungerar måste man



”

Det räcker inte att bara lära sig nya saker, man måste se till att de blir utförda också

först ta reda på hur det ser ut. Och Åsa gick metodiskt tillväga för att undersöka om den palliativa vården var god och jämlik i Karlskoga kommun.

— Jag började med att intervjua alla sjuksköterskor om hur de upplevde läget och blev förvånad över att alla jobbade på så olika sätt. Några kände stor osäkerhet inför att arbeta med döende patienter och många uppgav att det var svårt för dem att be om hjälp.

Med intervjuerna som grund och stöd från palliativa vårdsamordnare i Örebro kommun skapade Åsa därefter en egen grundutbildning, en halvdagskurs, baserad på Nationella vårdprogrammet för palliativ vård och egna erfarenheter.

All omvårdnadspersonal, cirka 660 personer, har gått kursen under 2015 och gensvaret har varit mycket bra, uppger hon.

MEN TILL SKILLNAD från många andra kortutbildningar har Åsa inte nöjt sig med att väcka uppmärksamhet för frågan under en halv dag. Det räcker inte att bara lära sig nya saker, man måste se till att de blir utförda också, att utbildningen där nya gemensamma riktlinjer presenterades följs upp ordentligt, betonar hon.

För att åstadkomma detta har sammanlagt 70 palliativa ombud utsetts.

— Alla har fått en pärm att ansvara för. Jag kommer att fortsätta följa dem och ha regelbundna avstämningsträffar.

Vissa grundläggande saker, som att kommunen och landstinget inte har tillgång till samma journalsystem, kan hon inte påverka.

— Det är mycket viktigt att ha en pågående dialog om man vill skapa något nytt tillsammans. Men min högsta önskan är att det så småningom ska finnas en stor gemensam och övergripande organisation för den palliativa vården i landet.

ÅSAS DEFINITION AV GOD PALLIATIV VÅRD:

- Skapa väl fungerande multiprofessionella team med patient och närstående för att kunna följa patientens önskemål och snabbt lindra de symtom som dyker upp.
- Låt det ta tid att lyssna på patient och närstående.
- Det finns ingen tid att göra om och göra rätt.
- Ha uppföljningssamtal efter dödsfallet.
- Implementera de rutiner och riktlinjer som finns hos alla personalkategorier så att samarbetet kan flyta så friktionsfritt som möjligt. Se sedan till att vara lättillgänglig för frågor, handledning och möten.
- Förmedla trygghet.

Hur uppfattar dina närstående vården i livets slut?

Mitt behov av stöd efter dödsfallet var inte så stort, beroende på den fantastiska vård och stöd vi fick under sjukdomsförloppet.

Att ta till sej att alla dödsfall inte är likadana eller efter en regelbok.

Hur länge är det vård i livets slutskede ??

Att när man inte bor på plats, bättre information om tillståndet. Vi fick ingen info.

Ta reda på hur det är på din enhet med vår nya närståendemodul!



För mer information www.palliativ.se eller ring 0480 – 41 80 40

Från specialiserad till allmän palliativ vård

TEXT // ROSE-MARIE IMONI

Överflyttnings- och uppföljningssamtal stärker vårdkedjan genom att knyta ett nät runt patienter och anhöriga vid övergångar mellan specialiserad och allmän palliativ vård. Det visar ett nytt samarbetsprojekt mellan palliativa teamet och Piteå kommun.

EN STOR ANDEL av de som årligen avlider i Piteå kommun, bor och vårdas den sista tiden i livet på kommunens vård- och omsorgsboenden. Palliativa rådgivningsteamets, (PRT:s) egen statistik visade att trots detta fanns det få kontakter med vård- och omsorgsboendena. Många dödsfall inom äldreomsorgen har ett lugnt förlopp och där arbetar duktig personal som ger god allmän palliativ vård. Men ibland uppkommer behov av specialiserad palliativ vård och då bör det finnas upparbetade kanaler för att få hjälp. Hösten 2015 påbörjades ett samarbetsprojekt mellan PRT och Piteå kommuns vård- och omsorgsboenden med målet att förbättra samarbetet.

Det finns tillgång till palliativa slutenvårdsplatser på länets fem sjukhus. På Piteå älvdals sjukhus finns åtta vårdplatser med inriktning mot specialiserad palliativ vård. Dessa trygghetsplatser är avsedda för patienter i ett palliativt sjukdomsskede som är anslutna till verksamheten. Vid behov av specialiserad palliativ slutenvård kan patienten komma direkt till avdelningen och när behovet av slutenvård inte längre finns återgår patienten till hemmet med stöd av kommunens hemsjukvårdssköterskor, alternativt sker vårdplanering till ett vård- och omsorgsboende.

Den kontakt som PRT tidigare hade haft med patienten upphörde om patienten flyttade till ett vård- och

omsorgsboende, vilket en del närstående upplevt som negativt. För att göra övergången så smidig som möjlig för alla inblandade - den sjuke, de närstående samt för personalen fanns det behov av att utveckla och tydliggöra samarbetet mellan specialiserad och allmän palliativ vård.

SOCIALSTYRELSENS POÄNGTERAR

i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede att det är viktigt att integrera palliativ vård i vården av kroniska sjukdomar för att de äldres behov ska kunna mötas.

Man påpekar också att samverkan mellan huvudmän och användningen av gemensamma termer och begrepp är viktigt för att kunna ge en god palliativ vård oavsett huvudmannaskap. Med detta som grund utformades det samarbetsprojekt som nu påbörjats. För att stärka tryggheten i övergången mellan vårdtid på palliativ slutenvårdsavdelning och flytt till vård- och omsorgsboende i Piteå kommun har som första åtgärd införts ett erbjudande om överflyttningssamtal. Det innebär att PRT:s sjuksköterskor träffar patienten på den palliativa slutenvårdsavdelningen när beslut om flytt till vård- och omsorgsboende är fattat. Under samtalet erbjuder PRT att komma till boendet någon vecka efter inflyttningen för ett uppföljande samtal. Närstående och boendets sjuksköterska välkomnas att delta om patienten själv vill det. Överflyttningssamtalet syftar till att öka tryggheten vid byte av vårdgivare, att stärka vårdkedjan och samarbetet omkring patienten. I samband med överflyttningssamtalet kan tid avsättas för rådgivning, planering och stödinsatser tillsammans med boendets personal.

Reflektioner:

Vi har fått uppfattningen att besöken är trygghetsskapande framförallt för de närstående - trots att projektet nyligen påbörjats och inte är utvärderat ännu. I personal-

gruppen på vård- och omsorgsboendena har det framkommit att besöken kan tydliggöra eventuella oklarheter som uppstått i samband med bytet av vårdgivare och att uppföljningsbesöken dessutom ger möjlighet att ställa frågor och få råd om palliativ vård.

VI TYCKER OCKSÅ ATT projektet visar på utökade möjligheter för PRT att vid svåra situationer finnas som stödfunktion i personalgrupper. Aktiviteten har gjort att vi fått en närmare och mer naturlig kontakt med boendets personal, vilket förhoppningsvis leder till en ökad respekt och förståelse för varandras arbetssituationer.

Ett utökat samarbete hoppas vi kan underlätta och "sänka tröskeln" för kontakt mellan de olika verksamheterna när frågor, såväl stora som små, uppkommer. Ytterligare aktiviteter under 2016 planeras för att utveckla samarbetet mellan PRT och Piteå kommuns vård- och omsorgsboenden. På sikt hoppas vi även kunna inkludera de övriga kommunernas vård- och omsorgsboenden i samarbetet.

MÅLET ÄR ATT det ökade samarbetet i framtiden ska leda till en naturlig dialog i palliativa frågor samt skapa trygga övergångar för patienterna mellan olika vårdgivare där samma termer och begrepp inom palliativ vård används.

FAKTA

Palliativa rådgivningsteam, PRT finns sedan 2010 etablerade i alla fem närsjukvårdsområden i Norrbottens län. Varje team arbetar mot flera kommuner och har stora geografiska upptagningsområden. Norrbottens län täcker en fjärdedel av Sveriges yta. I teamet i Piteå ingår två sjuksköterskor, Solveig Holmdahl och Rose-Marie Imoni och överläkare Karin Mehlhorn som arbetar mot fyra kommuner där Piteå kommun är den största med drygt 40 000 invånare.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Rose-Marie Imoni
Specialistsjuksköterska i palliativ vård
Palliativa rådgivningsteamet, Piteå

 **evercare®**
MediKit

Väljer du våra kit
finns risk att det
går åt fler

Besök oss på
www.onemed.se
eller ring
Ann-Sofie på
0705-73 75 75
så får du veta mer!

Munvårdsbricka



Kompetens när och där behoven finns

TEXT // BERTIL AXELSSON

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

VÅR ÖVERTYGELSE ÄR att det vore en viktig förbättring, även i Sverige, med ett palliativt konsultteam på varje sjukhus som dessutom kunde ge konsultstöd till

vårdformerna utanför sjukhuset inom upptagningsområdet.

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

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



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



Betaniastiftelsen

NU LANSERAS VÅRA FÖRSTA WEBBFÖRELÄSNINGAR I PALLIATIV VÅRD

med professor **PETER STRANG** och överläkare **INGRID UNDERSKOG**

www.betaniastiftelsen.nu

Livsfarligt med bristande information mellan vårdgivare

TEXT // CARINA KAPRAALI

När kommunen tog över äldrevården 1992 i samband med ÄDEL-reformen togs också tillgången till läkarjournalerna bort. För verksamheten blev detta stora problem då de sjuksköterskor som skulle utföra hälso- och sjukvården inte längre kunde ta del av läkarens ordinationer, avsikt och mål med behandlingen.

SÅ BLEV DET inte överallt, men i Haparanda blev det så. Många allvarliga tillbud gick att koppla till fel och brister i informationsöverföring. Det märkligaste av allt var att regelverken alltid sagt att det finns en skyldighet att lämna tillräckliga uppgifter när medicinska uppdrag överförs mellan vårdgivare. Ingenstans i lagstiftningen kan man se något hinder i att läkaren tillhör landstinget och utförande sjuksköterskor tillhör kommunen. Alla regelverk angav samma mål: God och säker vård. I Norrbotten löstes detta med att kommunernas sköterskor kunde läsa läkarjournalen digitalt med säker inloggning och patientens samtycke våren 2010.

I januari 2013 tog kommunen över hemsjukvården från landstinget och plötsligt var problemet det omvända. Nu kunde inte läkarna längre ta del av distriktssköterskornas dokumentation.

Hemsjukvårdens patienter kunde, till skillnad från äldre på vårdboende, själva åka till sjukhus, hälsocentral eller akutmottagning utan att kommunens distriktssköterskor var inblandade.

FÖR HAPARANDAS DEL blev det viktigt att inte upprepa gamla misstag och att vi borde lärt oss något efter ÄDEL. Om man frågar patienten om samtycke så visar det sig ofta att patienten tror att deras läkare och sjuksköterskor som ger den vård de behöver redan har all tillgång till deras patientjournal. För patienten framstår det som självklart att sjuksköterskan måste veta vilka prover som ska tas och varför, vilka läkemedelsordinationer sköterskan ska utföra och varför.

För patienten finns inga vårdgivargränser de behöver vård av sina läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter oavsett organisationstillhörighet. Resan har varit lång, kostnaderna är stora, men vad får god och säker vård kosta? Vilka misstag får ske på grund av brister i informationen?

VIA ETT NATIONELLT projekt kunde Haparanda kommun hösten 2015 bli producent i NPÖ och därmed säkerställa att nödvändig information om patientens tillstånd

och vård finns tillgänglig för landstingets legitimerade personal som deltar i patientens vård över huvudmannaskapsgränsen. I Haparanda kommuns hemsjukvård och landstingets verksamheter delas nu patientinformationen mellan de olika verksamhetssystemen via Nationell Patientöversikt NPÖ, självklart alltid med patientens samtycke. Hittills är det inte någon patient som nekat detta. Säkerheten är viktig för patienten så att bara de som deltar i vården här och nu kan ta del av informationen.

Många patienter har specialistläkare, palliativ team, hälsocentralens läkare och kommunens distriktssköterska i samverkan för sin vård.

För svårt sjuka patienter är det livsviktigt att vården blir rätt.

FÖR DE PROFESSIONER som ska utföra vården är det också viktigt att kunna ta del av ordinationer i originalhandling. Att utföra medicinska åtgärder efter muntlig överföring i flera led eller avskrifter av ordinationer, kan bli hur fel som helst. När man skickar runt journalanteckningar, bedömningar och ordinationer på papper mellan olika vårdgivare kan ingen garantera säkerheten i vilka som läser informationen. När man läser patientens information digitalt lämnar man alltid ett tydligt spår efter sig i systemet.

Målsättningen god men framför allt säker vård behöver en fungerande informationsöverföring mellan de som beslutar om vården och de som utför vården för att kunna bli verklighet.



Carina Kapraali
MAS, Haparanda

WHO informerar om allmän palliativ vård

TEXT // OLAV LINDQVIST

ILJUSET AV temat om allmän palliativ vård i detta nummer känns det relevant att berätta att Världshälsoorganisationen, WHO nyligen publicerat en informationsaffisch om palliativ vård. Innehållet baseras på den resolution Världshälsoförsamlingens antog i maj 2014. Det ligger många års arbete bakom resolutionen som bedöms vara ett stort steg framåt för palliativ vård i världen. WHA 67.19: Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course.

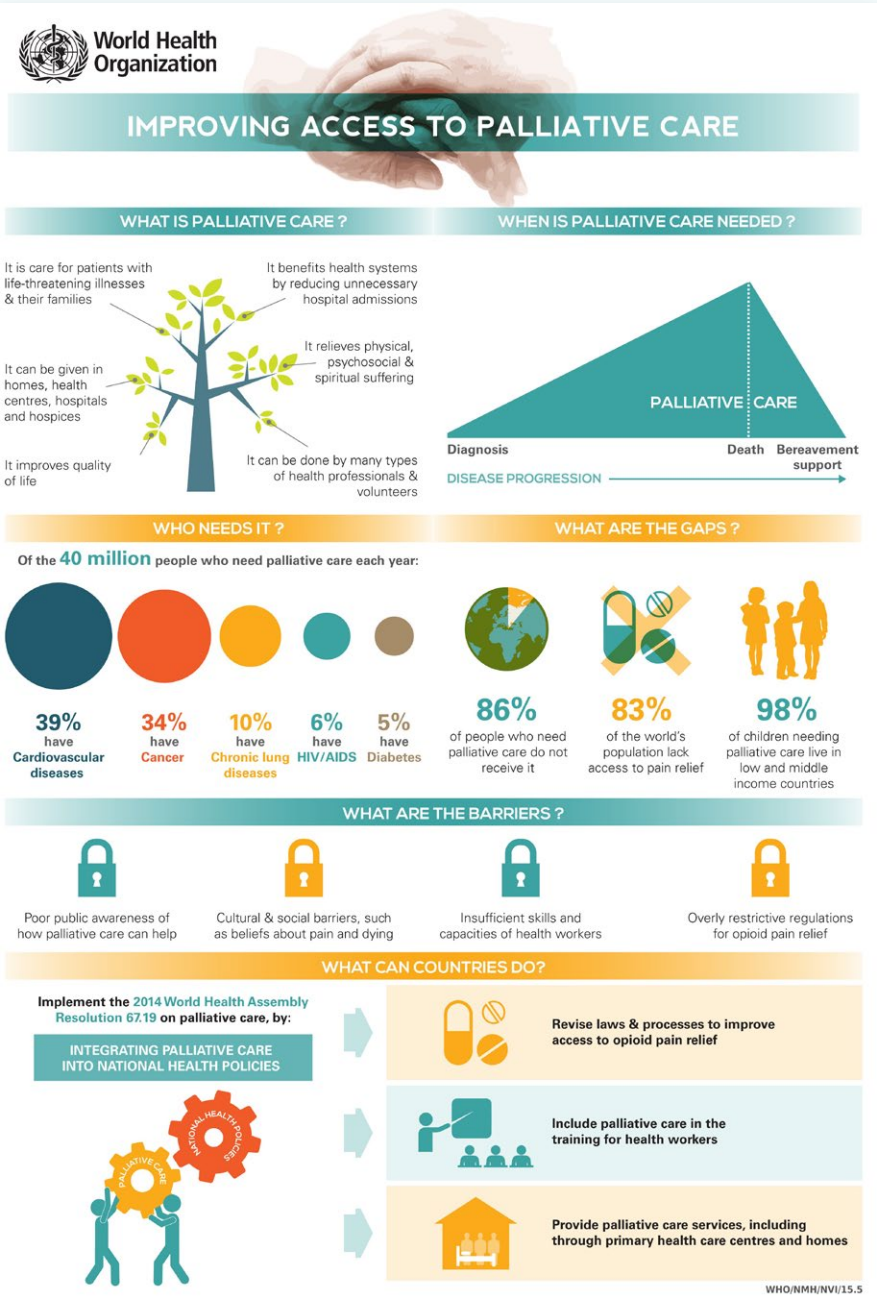
Resolutionen har ett folkhälsoperspektiv och uppmanar bland annat medlemsstaterna att integrera palliativ vård i de nationella sjukvårdssystemen, att förbättra utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal samt att öka tillgången till opioider som analgetika.

MED HJÄLP AV lättförståeliga bilder förklaras i affischen vad palliativ vård är, när det behövs, och vem som behöver den. Den visar också på det globala behovet av palliativ vård, liksom brister och hinder för att få tillgång till den. Informationsaffischen rekommenderar att länderna genomför resolutionen om palliativ vård genom att integrera palliativ vård i den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken.

INFORMATIONSAFFISCHEN finns att ladda ned från WHO:s hemsida på sex språk: arabiska, kinesiska, engelska, franska, ryska och spanska.



Olav Lindqvist
Leg. sjuksköterska,
med. dr., Umeå SFPO



Ladda ner affischen här:
www.who.int/ncds/management/palliative-care/pc-infographics/en/

En utvecklingsplan för att kvalitetssäkra döendet

TEXT // MARIA BENDE-RYDELL

Tillsammans med en kollega och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan MASen fick jag 2013 möjlighet att kvalitetssäkra döendet, denna så viktiga del av livet.

NÄR NATIONELLT kunskapsstöd för god palliativ vård kom 2013 arbetade vi med implementering av Socialstyrelsens Demensriktlinjer genom projektet KISAM, ett samarbete med Karolinska Institutet. Det var lärorikt och gav oss insikt i vad vi behövde förbättra. När jag 2013 genom stadens traineeprogram skulle välja ett utvecklingsområde och skriva en utvecklingsplan, var det självklart att skriva om vård i livets slut. Jag fick då uppdraget av min chef att utföra ett pilotprojekt på Hus 175, plan 4, tre mindre demensavdelningar med åtta boende på varje avdelning där jag arbetade som omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Målgrupp för pilotprojektet var alla befintliga tillsvidareanställda yrkeskategorier som arbetade i eller var kopplade till enheten. Projektet påbörjades i mars 2014 och intresset var stort.

VI STARTADE MED att göra en inventering. Det blev frågeställningar om rutiner, stöd vid svåra samtal, brytpunkt, symtomlindring, anhörigstöd. Vi reflekterade mycket över om vi gjorde rätt saker och vad vi saknade kunskaper om utifrån evidens, de fyra hörnstenarna och dimensioner. Vi genomförde workshops/föreläsningar. Det var mycket uppskattat av alla yrkeskategorier. Dessutom inventerade vi vad vi var bra på, vilken kompetens som fanns i arbetsgruppen. Stureby är en lärande organisation, det finns många med mycket kompetens

och vi lär oss av varandra. Det i sin tur förstärkte känslan av att vara och arbeta som ett team, vilket är extremt viktigt. Vi skapade nya rutiner på avdelningarna, för att säkra hela processen.

Ett av de identifierade förbättringsområdena enligt Palliativregistret var att smärtskatta. Det har vi blivit bättre på liksom att dokumentera munhälsa.

Vi har även arbetat med verksamhetens värdegrund. Att vara lyhörd för de äldre och närståendes behov och önskemål vid livets slut, hur bra var vi på det? Hur tog vi reda på vad de ville? Vi reflekterade och delade med oss av kunskap, erfarenheter och tips.

DET HAR OCKSÅ varit mycket givande att arbeta med anhörigstöd. Idag erbjuder vi anhöriga som vill möjligheten att vara delaktiga i vården. Medarbetarna upplever att den ökade kunskap och handledning de har fått ger insikter i vad, vem, när och hur uppgifter ska göras och de känner sig säkrare i hur de ska agera i olika situationer. De upplever också att de är mer lyhörda för hur de boende och anhöriga vill ha det. Genom att arbeta med personcentrerad omvårdnad, vårdplaner, checklistor, skattningsinstrument och olika stöddokument, har teamet fått redskap för att ge de äldre en god vård och omsorg samt ett bra stöd till anhöriga. Vi reflekterar och utvärderar omvårdnaden i Palliativregistret och vi följer upp anhörigas synpunkter genom efterlevandesamtal. De har varit nöjda med den vård som har bedrivits. Vi har inte behövt skicka in boende akut.

VIKTIGT OCKSÅ ÄR att stadsdelen prioriterar arbete med vård i livets slut. Äldreomsorgschefen Leif Kananen har tillsammans med verksamhetschefen för läkarorganisationen Cristina Jigström bjudit in till samtal



Stureby sjukhem



Vi har inte behövt skicka in boende akut.

med olika yrkeskategorier. Syftet var bland annat att få en samsyn kring begrepp och brytpunkt samt att varje verksamhet ska ta fram en handlingsplan till identifierade förbättringsområden. Dessutom har all personal på verksamheterna fått inbjudan till föreläsningar i "Omvårdnad vid livets slut".

Projektet är inte helt avslutat, vi är medvetna om att mycket arbete återstår, men det finns fortfarande både vilja och engagemang.

FAKTA

Stureby är ett äldre- och omsorgsboende med totalt 197 lägenheter, 161 platser för personer med demenssjukdom och 36 platser för personer med fysiska funktionshinder. Verksamheten riktar sig till äldre över 65 år, som fått ett biståndsbeslut. De äldre är multisyjuka, har kroniska sjukdomar och vård i livets slut är därför ofta förekommande.



Maria Bende-Rydell
Leg.sjuksköterska, Stureby VoB,
Stockholm

Så här svarar äldreomsorgsminister Åsa Regnér på angelägna frågor om tillståndet i den allmänna palliativa vården

TEXT // EVELYN PESIKAN

Hur tycker ministern att den icke specialiserade palliativa vården är tillgodosedd för den äldre befolkningen som finns på vård- och omsorgsboenden?

SVERIGE ÄR ETT av världens bästa länder att bli gammal i. Det märks bland annat på att de allra flesta är nöjda med sin äldreomsorg. Men varje fall där det brister är ett fall för mycket. En god och högkvalitativ vård och omsorg den sista tiden i livet är något som alla har rätt till, oavsett diagnos och vårdgivare, och det pågår en rad processer för att stärka det arbetet. Sedan 2013 finns ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, som fungerar som stöd åt såväl landsting och kommuner som privata vårdgivare och enskilda omsorgsgivare, och i år gör regeringen insatser för att stärka hela äldreomsorgssektorn. Det handlar inte minst om två miljarder om året till ökad bemanning, 200 miljoner till kompetensutveckling och ett investeringsstöd på 150 miljoner som ska stimulera byggandet av fler äldreboenden.

Hur är utbildningsnivån hos personalen på dessa boenden? Hur ser kompetensen ut där när det gäller allmän palliativ vård? Finns det planer på ökade utbildningsinsatser inom palliativ vård för personal på vård- och omsorgsboenden (även sjukhus) och hur ser dessa planer i så fall ut?

Majoriteten av personalen på vård- och omsorgsboenden idag har en gymnasial vård- och omsorgsutbildning och en mindre del har en eftergymnasial utbildning inom vård och omsorg. Det finns behov av kompetensutvecklingsåtgärder och 2016 satsar regeringen 200 miljoner på kompetensutveckling inom hela äldreomsorgen. Det är inte en riktad satsning till kompetens inom palliativ vård, men ger kommunerna stor frihet i utformandet av kompetensutvecklingen och den kan mycket väl komma att innefatta det.

Hur ser ministern på att det finns så få möjligheter för äldre att komma in på ovan nämnda boenden? Platserna är få och kommunens biståndsbedömare är mycket restriktiva vilket innebär att endast de svårast sjuka får plats mycket sent i livet. Hur kan man se till att personalens kompetensnivå är

anpassad efter denna kategori av boende/patienter? Hur ser kompetensförsörjningen ut idag? I framtiden?

Regeringen inför 2016 ett nytt investeringsstöd för olika former av äldreboenden, som ska stimulera kommunernas byggande. Det är ett verktyg för att se till att boendena blir fler och att det finns fler olika sorters äldreboenden, vilket är en mycket prioriterad fråga för regeringen. Sedan är boendefrågorna en del av den stora utredning, Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen, som just nu är igång. Kompetensförsörjning är en jättefråga inom hela äldreomsorgen och inom vårdsektorn i stort. Det är idag för få som väljer att utbilda sig inom den här sektorn, och det krävs flera insatser för att vi ska lyckas. En fråga jag särskilt vill lyfta är att det måste upplevas som ett yrke där de som jobbar får tid att göra sitt jobb. Den historiskt stora satsningen på ökad bemanning inom hela äldreomsorgen, med två miljarder om året till kommunerna, är därför en väg att göra det mer attraktivt att jobba på till exempel på ett vård och omsorgsboende.

Jämställdhet är en viktig fråga inom vården och tillgången till palliativ vård är mycket ojämnt fördelad över landet, mycket beroende på den självständighet som kommuner och landsting åtnjuter när det gäller prioriteringar. Hur ser ministern på detta? Finns det någon möjlighet – trots det kommunala självstyret – till en nationell policy/strategi för god vård i livets slutskede i hela landet, det vill säga oavsett diagnos, ålder, kön, bostadsort eller vårdform?

DEN PALLIATIVA VÅRDEN ska hålla en god kvalitet över hela landet och likvärdigheten är förstas en kärnfråga. Vi har exempelvis Svenska Palliativregistret som fungerar både som ett stöd till personalen för att kunna arbeta evidensbaserat och som ett verktyg för att bedöma vilken kvalitet vården hållit och vad som behöver förbättras.

Vilka planer finns det på åtgärder som kan förbättra jämställdheten och ge fler medborgare rätt till en god död?

ETT GOTT LIV och en god död hör förstås ihop, och jag tror vi måste jobba med att förbättra villkoren både i livets slutskede och dessförinnan. Att stärka äldreomsorgen i stort är en hjärtefråga för mig, och det är för att vi ser de behoven som vi nu gör en historiskt stor satsning med två miljarder om året till mer personal inom äldreomsorgen, samtidigt som vi också gör riktade satsningar för kompetensutveckling för personalen och för att bygga fler äldreboenden.

På Socialstyrelsen pågår också ett arbete med en utvärdering av palliativ vård i livets slutskede, med utgångspunkt från det nationella kunskapsstödet. Utvärderingen ska publiceras december 2016/ januari 2017, och kommer att vara ett viktigt bidrag till både nationellt, lokalt och regionalt förbättringsarbete.

Regeringen ger också fortsatt stöd till Nationellt kompetenscentrum anhängiga, som ska medverka till en långsiktig kunskapsuppbyggnad kring frågor som rör anhängigas situation och hur stödet till anhängiga kan ges på bästa sätt. De arbetar bland annat med en kunskapsöversikt i samarbete med Ersta Sköndal högskola, som ska vara klar i april. Kunskapsöversikten fokuserar på anhängiga som hjälper, stödjer och vårdar deras närstående som bor hemma och är i behov av vård i livets slutskede.

Hur kan de långvariga problemen med samverkan mellan kommuner och landsting åtgärdas? Idag har de som ska vårda den sjuka olika lagar att efterleva och de har inte ens samma journalsystem för en och samma patient. En utvärdering från Statskontoret visar att samverkansproblemet fortsätter trots den satsning på 3,8 miljarder kronor för en mer sammanhållen vård för de mest sjuka äldre som gjordes mellan 2010-2014. Vad göra?

DET GÖRS REDAN idag en del för att förbättra samverkan på det här området, bland annat för att olika system inom vårdkedjan ska använda samma begrepp för samma sak. Det kan tyckas väldigt basalt, men är förstas otroligt viktigt för att det ska fungera. Socialstyrelsen har också ett pågående arbete med en utvärdering av palliativ vård i livets slutskede, med utgångspunkt från det nationella kunskapsstödet. Den utvärderingen ska belysa kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen, i syfte att bidra till lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete.

Hur ser behovet av forskning och utveckling ut inom palliativ vård? Finansiering?

Det här är ett viktigt och spännande område som växer både i Sverige och i övriga Europa. Det finns absolut behov av mer forskning kring palliativ vård i livets slutskede, men jag kan inte idag ge besked om några nya särskilda satsningar från regeringen.

Vilken syn har ministern själv på palliativ vård? Personliga erfarenheter? Goda exempel?

Någonstans läste jag en artikel kring vikten av att patienten ska ha en så bra livskvalitet som möjligt också i livets slutskede, och det tycker jag är en bra beskrivning. Det handlar, som alltid, om att utgå från den kvinnan eller den mannens behov.

Vad anser ministern om påståendet att alla bör ha rätt att såväl födas som dö på ett värdigt sätt, det vill säga ha tillgång till god, kompetent vård både vid livets början och vid livets slut. När blir detta en självklarhet?

DET SKA VARA tryggt att bli äldre i Sverige, oavsett var i landet du befinner dig och oavsett om du är man eller kvinna. Ett värdigt liv ska vara verklighet också i livets slutskede. Vårt land är ett bra land att åldras i och det finns mycket vi kan vara stolta över, men vi kan inte vara nöjda.

Regeringen gör en mängd investeringar just nu i äldreomsorgen, som också kommer att påverka exempelvis tillgången till vård och omsorgsboenden och hur mycket personal som finns inom äldreomsorgens verksamheter, inklusive de verksamheter som har kompetens inom palliativ vård. Utöver detta pågår flera processer för att bland annat förbättra samordningen och förbättra arbetet i relation till anhängiga. Det är bra och viktiga insatser, men det finns mycket kvar att göra.

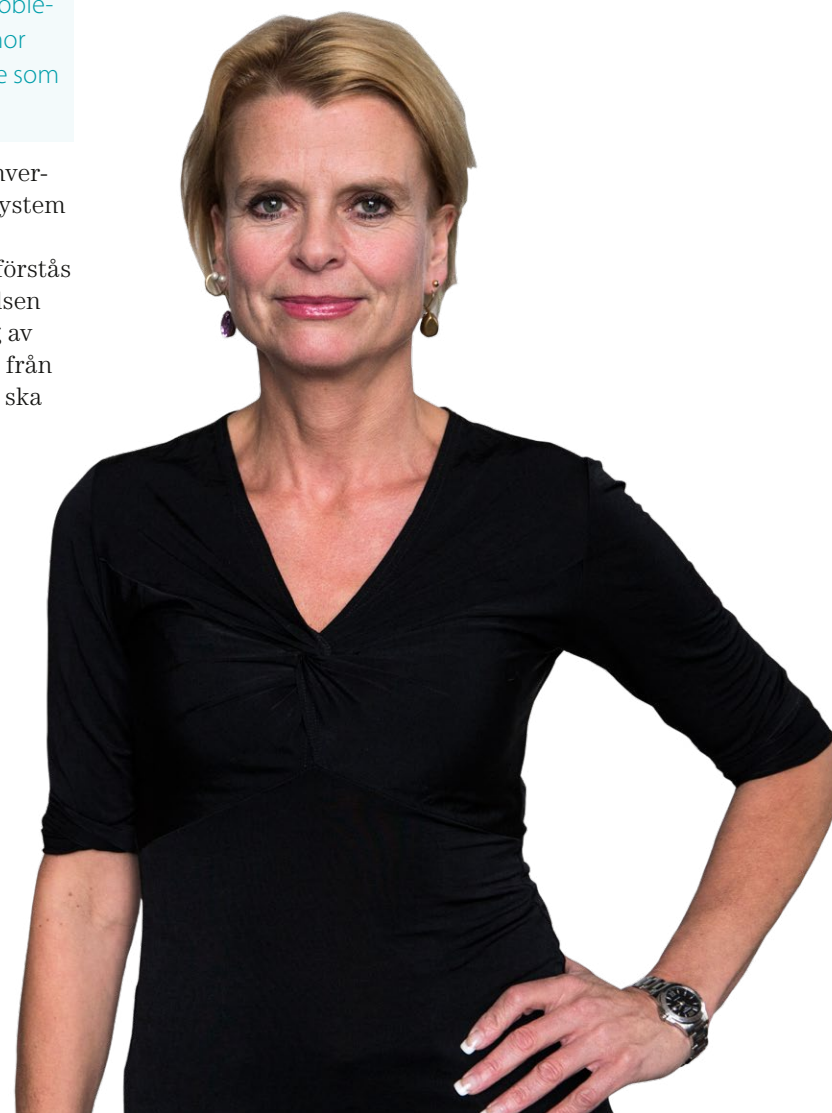


Foto: Kristian Pohl/Regeringskansliet

Vem får handledning i den palliativa vården?

TEXT // CARINA LUNDH HAGELIN & ROSE-MARIE IMONI

TROTS ATT DET anses vara ett viktigt verktyg för alla som arbetar med palliativ vård erbjuds handledning endast till 20 procent av personalen i allmän palliativ vård. Motsvarande siffra inom specialiserad palliativ vård är 80 procent. Det visar en ny enkätundersökning.

Det finns en ökad risk för utmattningssyndrom och utbrändhet för den som arbetar med palliativ vård och under lång tid återkommande möter dödsfall. Adekvata copingstrategier och förmågan att sätta professionella gränser är viktigt för att orka arbeta inom området. Handledning som det beskrivs i det Nationella vårdprogrammet för palliativ vård är ett emotionellt stöd för personal som i sitt arbete ofta befinner sig i känslomässigt betungande situationer. Den kan ge stöd för personalen och hjälpa till att utveckla strategier för att hantera känslor.

Handledning bör erbjudas all personal som arbetar med svårt sjuka och döende människor. Och det kan även ses som ett kompetenshöjande arbete. Solveig Hultkvist beskrev i tidskriften Palliativ Vård nr 2, 2015 att handledning kan ges på olika sätt för att öka självkännedom och kompetens i yrkesutövningen genom att se sitt eget förhållningssätt ur olika synvinklar och upptäcka de egna resurserna.

Tillgång till handledning inom palliativ vård poängteras och lyfts fram både i det Nationella vårdprogrammet och i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och bedöms som en särskilt viktig rekommendation ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Under en utbildning för blivande specialistsjuksköterskor i palliativ vård blev det tydligt att handledning erbjöds och bedrevs på olika sätt i landet. Det var utgångspunkten för att ta reda på tillgången till handledning för personal som möter patienter i livets slutskede.

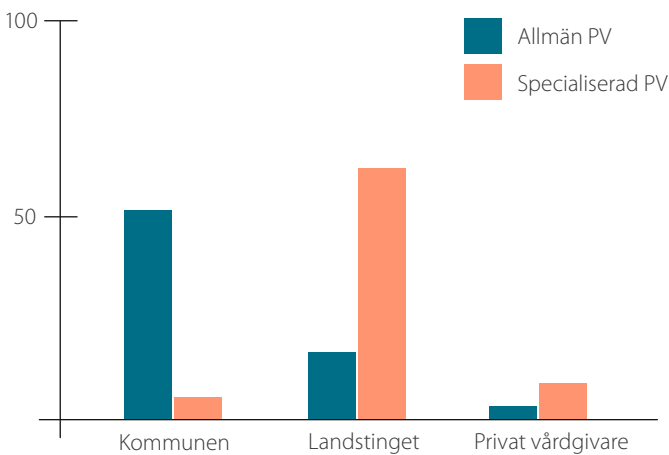
Metod

En webbaserad enkät med 22 förvalsfrågor med möjlighet att skriva svar på öppna frågor formulerades. Personer med klinisk - och forskningserfarenhet deltog i utvecklingen av frågorna. Information samt länk till enkäten skickades via e-post till drygt 3800 prenumarer i Svenskt Palliativt Nätverk, SPN:s nyhetsbrev i september 2015.

Resultat

Totalt svarade 158 personer på enkäten. Sjuksköterskor, 66 procent, undersköterskor, 14 procent, läkare, 9 procent, arbetsterapeuter 4 procent, fysioterapeuter, 3 procent, kuratorer, 3 procent och dietister, 1 procent. Här redovisas resultatet uppdelat i allmän och specialiserad palliativ vård. I dessa grupper finns alla professioner representerade utom dietist och läkare i gruppen allmän palliativ vård.

Av de 132 som svarat på frågan om arbetsplatsens inriktning mot allmän eller specialiserad palliativ vård arbetade 51 (39 procent) inom allmän palliativ vård och 81 (61procent) inom specialiserad palliativ vård. Patienter som vårdades var till största delen (75-100 procent) i livets slutskede. Vård i hemmet var vanligast, följt av slutenvård och öppenvård. Kommunen var den största arbetsgivaren inom allmän palliativ vård, figur 1.



Figur 1. Arbetsgivare för deltagarna inom allmän respektive specialiserad palliativ vård

Erbjudande om handledning

Drygt hälften, 52 procent av de som svarat erbjöds ingen handledning, ca sju procent erbjöds handledning men deltog inte. Uppdelningen i allmän - respektive specialiserad palliativ vård visade att 80 procent av dem som arbetar inom allmän palliativ vård inte erbjöds handledning. Motsvarande siffra för specialiserad palliativ vård var 25 procent.

Erbjuds du handledning inom arbetet	Allmän PV (n=51)	Specialiserad PV (n=80)
Ja, och deltar	16%	66%
Ja, men deltar inte	4%	9%
Nej	80%	25%

Tabell 1. Fördelning av hur personal erbjuds handledning eller ej inom palliativ vård.

De flesta, 67 procent, bland dem som inte erbjöds handledning önskade att detta hade erbjudits regelbundet. 29 procent svarade: när behov finns. I de öppna svaren angav deltagarna följande anledningar till att arbetsgivare inte erbjöd handledning: tidsbrist; att det inte prioriteras eller att det inte finns handledare att tillgå.

Omfattning och betydelse av handledning

Omfattningen och tillvägagångssättet vid den handledning som erbjöds ser olika ut i landet. Vanligast är frivillig handledning, 74 procent, en gång i månaden, 61 procent, 1-2 timmar per tillfälle, 70 procent.

Flertalet, 46 procent, anser att handledning påverkar arbetet en hel del. 22 procent anser att det påverkar arbetet mycket. Några uttryckte att de inte skulle klara sitt arbete utan handledning.

Handledningen ansågs erbjuda tid för reflektion och stöd vid etiska dilemman. Att diskutera över professionsgränserna sågs som viktigt, medan några också upplevde handledning inom den egna professionen som betydelsefull.

Tidsbrist och handledarens bristande kompetens uppgavs som anledning av de som erbjöds handledning men valt att inte delta. I några fall uppgavs att handledning skulle kunna leda till "ältande" och inte leda framåt och att detta var anledningen till att inte delta.

Vid handledning som erbjöds vid behov återfanns några kommentarer att det då oftast inte blir av eller prioriteras bort. Bland kommentarer om handledning i öppna grupper framkom att öppna handledningsgrupper kan ha svårare att plocka upp diskussioner från tidigare tillfällen och att det kan vara svårare att öppna sig för

olika människor vid varje handledningstillfälle. Handledningen ansågs vara ett bra stöd för att kunna hantera etiska dilemman; få prata om svåra situationer och att kunna "vrida och vända" på dessa tillsammans med kolleger och med handledarens hjälp utvecklas i arbetet. Vikten av en bra och kompetent handledare och att det finns tid avsatt betonades. Att handledaren inte kom från den egna organisationen var viktigt för att deltagarna skulle känna sig trygga och våga öppna sig i gruppen.

De flesta uppgav att det inte fanns några negativa aspekter av handledning. Några beskrev att det kunde vara svårt när det fanns osämja inom gruppen eller att öppenhet kunde missbrukas. Även här framkom att en kompetent handledare var avgörande i dessa situationer.

Reflektion

Resultaten i denna undersökning visar att erbjudande om handledning skiljer sig åt och att de som arbetar inom allmän palliativ vård i mindre utsträckning erbjuds handledning. Möjligen kan olika arbetsgivare prioritera handledning olika.

Socialstyrelsen kommer att utvärdera bland annat handledning i palliativ vård med utgångspunkt från det nationella kunskapsstödet genom enkätfrågor till landsting och kommuner enligt Christina Broman på Socialstyrelsen. Frågorna gäller vilka satsningar på handledning som gjorts och hur ofta handledning erbjuds till personal som arbetar med palliativ vård i livets slutskede. Resultat från den nu publicerade undersökningen, med svar från vårdpersonal, kommer att utgöra ett värdefullt underlag.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Carina Lundh Hagelin
Leg. sjuksköterska, specialiserad i cancervård, inriktning palliativ vård Med. Dr., Lektor, samt programledare för Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola. Affilierad Karolinska Institutet-LIME, Stockholm



Rose-Marie Imoni
Specialistsjuksköterska i palliativ vård Palliativa rådgivningsteamet, Piteå

En broschyr om "Ej HLR" till patienter och närstående

TEXT // KERSTIN BERGLIND, MARGARETA PERSSON & ULRIKE MCLACHLAN

Inom den avancerade hemsjukvården (ASIH) vårdas en blandad grupp patienter, kurativa, multisjuka, patienter i tidigt och sent palliativt skede samt även döende patienter. Många av patienterna har flera månader/år kvar att leva när de skrivs in i den palliativa vården och antalet patienter ökar.

KRAVET ATT TA ställning till livs-
uppehållande behandling har tillta-
git. När en patient är döende kan vi
säga att HLR inte kommer att gagna
patienten. Innan dess är det svårt
att skatta en förväntad återstående
livslängd.

Men det är viktigt att vårdperso-
nal vet hur de ska reagera vid akuta
händelser. Ambulanspersonal kräver
ett ställningstagande när de hämtar
en patient hemifrån. Patientens ställ-
ningstagande har stor betydelse och
det gäller alla åldersgrupper och i alla
sjukdomsskeden.

Det råder delade meningar om
HLR och patienter i ett palliativt sjuk-
domsskede. Ett ofta använt argument
mot att använda HLR är att det inte
blir "en värdig död". Men precis som vi
inte ska värdera en annans livskvali-
tet ska vi inte värdera en annans död.
Man kanske värderar chansen att få
några månader till högre än att dö
under HLR.

Chansen att överleva ett hjärtstopp
för patienter med även metastaserad
sjukdom har ökat. Det finns också
kunskap om att äldre patienter vill ta
upp frågan om HLR med vården och
att deras kunskap om vad HLR är och
innebär är mycket begränsad. För
att kunna ta ställning till HLR krävs
en välinformerad patient. Det är som
bekant ett svårt område att ta upp
med patient och närstående och hur
och om frågan tas upp från vårdens
sida varierar.

Ersta specialiserade palliativa
vård har inspirerats av en patient-
broshyr om HLR från England. En
svensk version har utarbetats och an-
passats till svensk lag. Det har varit en
lång process för att ta fram acceptabla
formuleringar, etiska överväganden
etc. och ännu används inte broshy-
ren till alla patienter.

Texten till broschyren finns här
bredvid och från Ersta är vi intres-
serade att samarbeta med andra
verksamheter för att införa och om

möjligt samverka om rutiner och dela
erfarenheter. Även äldreboenden är
mycket välkomna att ta kontakt.

Artikeln med referenser finns på
www.nrpv.se



Kerstin Berglind
Överläkare,
Hospicekliniken Ersta sjukhus,
Stockholm



Margareta Persson
Överläkare,
Hospicekliniken Ersta sjukhus,
Stockholm



Ulrike McLachlan
Överläkare och läkarchef
Hospicekliniken Ersta sjukhus,
Stockholm
ulrike.mclachlan@erstadiakoni.se

PATIENTBROSCHYR

Hjärt-lungräddning (HLR) Patientinformation

Människor värdesätter i allmänhet livet och önskar, när
de blir sjuka, behandling som leder till ett längre liv, men
kanske inte till vilket pris som helst.

När ett hjärta helt plötsligt stannar, till exempel vid ett
akut tillbud som en trafikolycka, är det ofta självklart att
försöka få hjärtat att börja slå igen, att utföra så kallad
Hjärt-lungräddning (HLR). Ett hjärta kan också stanna
helt naturligt efter ett långt liv eller när någon är drab-
bad av en svår sjukdom.

Du får denna broschyr i din hand för att du och dina
närstående ska få mer information om vad HLR är och
kan innebära.

Att leva med svår sjukdom betyder att döendet och
döden finns närvarande; något som kan vara både svårt
och sorgligt att tala om. Av erfarenhet vet vi att det är
mycket viktigt att i förväg föra en dialog om de förvänt-
ningar som finns på hur vi ska agera, om ditt hjärta
stannar.

Vad är HLR?

Hjärtstopp inträffar när ditt hjärta slutar slå och du slu-
tar då också att andas. Ibland är det möjligt att återstarta
ditt hjärta och din andning med hjälp av HLR. Vid HLR
sker följande:

- Upprepande tryck (kompressioner) på din bröstorg.
- En eller flera elektriska stötar. för att försöka starta
ditt hjärta och/eller upprepande injektioner av läke-
medel.
- Inblåsning av luft i dina lungor med hjälp av en mask
som läggs över din mun och näsa eller via ett rör som
förs ner i din luftstrupe.

Hur kan HLR hjälpa och vilka är riskerna?

Orsaken till hjärtstoppet påverkar möjligheten att åter-
starta ditt hjärta. Ditt sjukdomstillstånd och hur snabbt
du får hjälp påverkar i hög grad hur stor chans det är att
ditt hjärta börjar slå igen.

Chansen att patienten ska överleva de följande 30
dagarna efter HLR är drygt 11 % om hjärtstoppet inträffar
utanför sjukhusets väggar och 17 % om hjärtstoppet
inträffar på sjukhuset på en vanlig vårdavdelning. Möj-
ligheten till överlevnad minskar ytterligare om man till
exempel är svårt sjuk eller har andra sjukdomar som till
exempel hjärt-kärlsjukdomar.

I de fall där HLR gör att hjärtat börjar slå igen, finns
det risk att du skadas av själva behandlingen och därför
inte återfår din tidigare hälsolivå. Vissa personer drab-

bas av hjärnskada eller hamnar i koma till följd av syre-
bristen som uppkommer vid hjärtstopp. Det är vanligt att
man efter hjärtåterupplivning behöver tillbringa lång tid
på sjukhus kopplad till en respirator.

Önskemål om att få eller avstå HLR

Du har rätt att avstå medicinska behandlingar du blir er-
bjuden, du har också rätten att avstå HLR. Om du saknar
information för att kunna fatta ett beslut om HLR, kan
vi erbjuda dig samtal kring detta. Om du fattar beslutet
att avstå HLR är det viktigt att du berättar det för dina
närstående. Vi hjälper gärna till med det. Du behöver
även informera din läkare så att beslutet kan antecknas i
din journal.

Om du vid ett hjärtstopp vill ha HLR och din läkare
bedömer att chansen för återupplivning är goda, gäller
det beslutet så länge din hälsosituation är oförändrad.
Om de medicinska förutsättningarna ändras och chan-
sen att överleva ett hjärtstopp blir alltför låg, kan läkaren
formellt sett ändra beslutet. Detta sker t.ex. när din
läkare bedömer att det är utsiktslöst att HLR skulle kun-
na återställa spontan andningsfunktion och cirkulation
eller när läkare av medicinska skäl bedömer att HLR inte
gagnar dig. Det kan till exempel hända när du befinner
dig i slutskedet av en spridd cancersjukdom och dina
vitala organ sviktar.

I praktiken är det mycket ovanligt att patienten
och läkare inte är överens om när HLR ska utföras. En
patient önskar HLR. Sedan blir patienten sämre och av
medicinska skäl ändras beslutet till ej HLR. Vill patient
då bli informerad eller inte?

Påverkar beslut om att avstå HLR andra be- handlingar?

Nej. Ditt sjukvårdsteam kommer att fortsätta ge dig
bästa möjliga vård och behandling. Beslutet om att inte
vilja erhålla HLR avser enbart hjärtstopp. Du kommer att
få all annan behandling som du behöver, förutsatt att du
inte uttryckligen motsätter dig det.

Vad händer om jag inte vill eller kan fatta ett beslut?

Du behöver inte tala om HLR om du inte vill. Din läkare
kommer att fatta ett medicinskt grundat beslut om att ge
eller avstå HLR beroende på ditt sjukdomstillstånd.

Om du på grund av sjukdom inte har förmågan att
fatta beslut längre, kommer din läkare även då att fatta
ett beslut grundat på den medicinska situationen och
dina tidigare uttryckta önskemål.

”Dödshjälp” – vad är det vi talar om?

TEXT // NATIONELLA RÅDET FÖR PALLIATIV VÅRD - NRPV

Hur mycket vi än försöker att lyfta palliativ vård och vård i livets slutskede talar vi inte om själva döden. Däremot pågår det till och från en intensiv debatt om ”dödshjälp” i Sverige och i stora delar av världen.

MEST KÄNT OM ”dödshjälp” är att det är tillåtet i Beneluxländerna, i Schweiz är det straffritt och att där har det uppstått s.k. dödsturism. Mer okänt är att fler och fler länder tillåter ”dödshjälp”, sex delstater i USA, Colombia, Albanien, delar av Canada.

Det råder begreppsförvirring när begreppet ”dödshjälp” används och för att kunna diskutera måste vi först veta vad ordet står för. I medierna används ordet ofta okritiskt och odefinierat.

NRPV har valt att använda European Association for Palliative Care- EAPCs definitioner som skiljer på eutanasi, att avstå behandling (NTD - non-treatment-decision), assisterat självmord och läkarassisterat självmord. EAPC slår fast att eutanasi per definition är aktiv och enbart kan vara frivillig annars är det alltid mord. Eutanasi definieras som: ”a physician (or other person) intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person’s voluntary and competent request”.

BEGREPPET ”PASSIV DÖDSHJÄLP” ska inte användas, det är missvisande eftersom dödshjälp per definition är aktiv. Istället använder EACP begreppet beslut om att avstå behandling (NTD - non-treatment-decision). Vad som då menas är att läkare kan avstå från att inleda eller kan avbryta redan inledd livsuppehållande behandling. Det innebär till exempel att stänga av en respirator, avsluta dialys eller dropp. Intentionen är inte att påskynda döden, utan att acceptera döden som ett naturligt fenomen genom att inte ge meningslös, ineffektiv eller oönskat livsförlängande behandling. Att avstå eller avsluta livsuppehållande behandling har varit tillåtet sedan tidigare i Sverige och är prövat och godkänt av Socialstyrelsen 2010. Detta är även tillåtet i många andra länder.

Assisterat självmord definieras som: ”a person intentionally helping another person to terminate his or her life, at that person’s voluntary and competent request”. Till skillnad från eutanasi avslutar patienten själv sitt liv. Medhjälp till självmord är inte ett brott i Sverige.

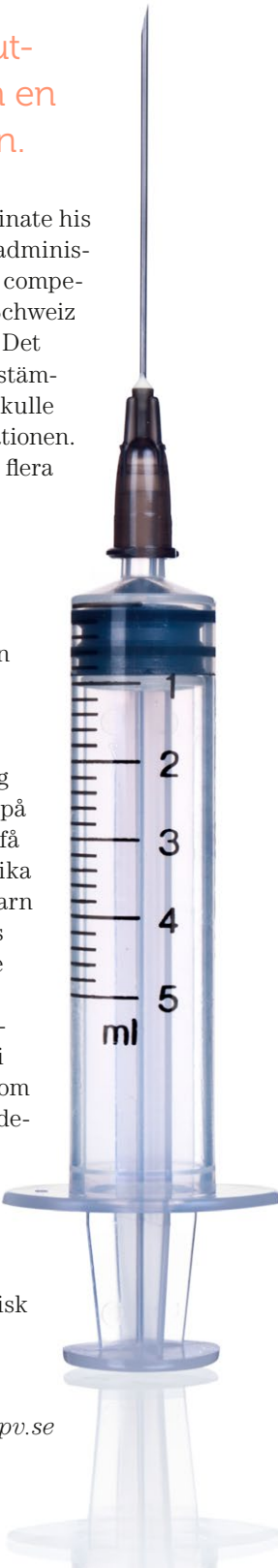
Läkarassisterat självmord innebär att: ”a physician

intentionally helping a person to terminate his or her life by providing drugs for self-administration, at that person’s voluntary and competent request”. Det är inte straffbart i Schweiz och tillåtet i de sex delstaterna i USA. Det är inte olagligt i Sverige, men överensstämmer inte med läkarnas yrkesetik och skulle högst sannolikt kosta läkaren legitimationen. Samma situation som i Sverige gäller i flera delstater i Tyskland.

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ATT få eutanasi eller läkarassisterat självmord skiljer sig från land till land. I Nederländerna behöver man inte ha en dödlig sjukdom för att kunna ansöka om eutanasi, sökande måste ”enbart” ha outhärdliga symptom. I USA är det däremot ett krav att man har en dödlig sjukdom och en förväntad överlevnad på mindre än sex månader för att kunna få läkarassisterat självmord. Det finns olika minimiåldrar. I Belgien kan nu även barn få eutanasi. Hur många och vilka slags läkare som måste ge sitt godkännande till förfrågan varierar också.

När frågan om ”dödshjälp” diskuteras ska vi noga tydliggöra vad det är vi diskuterar och vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda. Gemensamma definitioner är avgörande för att kunna debattera, annars pratar vi inte om samma sak och det blir missförstånd. Först när definitionerna är klara kan vi diskutera sakfrågorna och först därefter gå vidare med en etisk diskussion.

Översättning av definitionerna till svenska finns i artikeln på www.nrpv.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 är nu inne på sitt tredje år och vi vill ställa några frågor till dig.

Vad tycker du som läsare om tidskriften? Det vill vi veta oavsett om du får den som medlem i en av Nationella Rådets föreningar eller som prenumerant. Eller är du kanske beslutsfattare eller journalist? Kanske har du läst Palliativ Vård när den ligger på avdelningen? Allas åsikter är mycket värdefulla.

Vi behöver många fler värdefulla synpunkter än vi hittills fått för att på sikt kunna göra en ännu bättre tidskrift.

Därför förlänger vi den påbörjade läsvärdesundersökningen.

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 – läsvärdesundersökning för att komma direkt till enkäten.

Svarar du före den 5 april 2016 är du med om utlottning av tio priser.

Tack på förhand!

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



Palliativa Teamet Falun söker:
Sjuksköterska

Välkommen till ett väletablerat och välfungerande specialiserat palliativt team. Dina uppgifter är en mix av medicinsk teknik och god omvårdnad och du arbetar med självständiga vårdinsatser och bedömningar av patientens hälsotillstånd. Teamet ses regelbundet och tar hand om patienter, närstående och varandra med professionalism, omtanke och respekt.

Ansök senast: 2016-03-31
via www.offentligajobb.se

Landstinget DALARNA

ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Under hösten 2016 anordnar Institutionen för vårdvetenskap följande program på avancerad nivå:

- Masterutbildning i palliativ vård, 120 hp
- Specialistsjuksköterskeutbildning i palliativ vård och magister i vårdvetenskap, 60 hp
- Specialistsjuksköterskeutbildning i psykiatrisk vård och magister i vårdvetenskap, 60 hp

Fristående kurser på avancerad nivå ges under hösten 2016. Information om ansökan till program, fristående kurser och behörighet finner du på www.esh.se/ivv.

Sista ansökningsdag för program och fristående kurser är den 15 april 2016.

Vem är den palliativa patienten?

TEXT //OLAV LINDQVIST

I FÖRRA NUMRET av tidskriften var Språkfrågan en nyhet, och då tog jag upp uttrycket att "beklaga sorgen". Jag uppmanade er läsare att höra av er och berätta hur ni använder detta uttryck. Några har hört av sig med reflektionen att frasen känns opersonlig och inte uppfattas som en inbjudan till fortsatt samtal. Förslaget är att istället börja med "hur har du/ni det idag?" och att det hur som helst är bättre att säga något än inget alls. Att beklaga förlusten är enligt en läsare bättre än att beklaga sorgen. Har du ytterligare synpunkter kring uttrycket "att beklaga sorgen" eller ämnet för Språkfrågan i detta nummer, hör gärna av dig till info@nrpv.se.

Nu ska det handla om en annan formulering som tycks användas allt oftare, nämligen "den palliativa patienten".

Kanske härstammar intresset för detta ämne för Språkfrågan från min "uppföstran" vid omvårdnadsinstitutionen i Umeå där vi fick lära oss att aldrig skriva eller säga "den demente" eller "cancerpatienten". Detta för att det på ett olämpligt och kanske till och med nedsättande sätt definierar personen enbart efter sin sjukdom. Det är bättre att skriva eller säga "person med demenssjukdom" och så vidare. Detta har alltså fått mig att fundera över vem eller vad "den palliativa patienten" är? Varför använder vi detta uttryck? Behöver vi det?

Kanske slåss jag mot väderkvarnar?

Det som dyker upp först vid internetsökning på "den palliativa patienten" är föreläsningstitlar, till exempel "Utbildningseftermiddag: Undersköterskan och den palliativa patienten", "Smärtlindring för den palliativa patienten", "Den palliativa patienten: Hur slutenvården, primärvården och kommunerna kan samverka för bästa möjliga vård och omsorg". Men uttrycket visar sig i många olika sammanhang, allt från regionala vårdprogram för palliativ vård och uppsatser, till en text från

Socialstyrelsen (Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner, 2006) och en gång i kortversionen av Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2012-2014.

I den engelskspråkiga världen, där begreppet sannolikt har sitt ursprung, har det också diskuterats om det olämpliga i att använda "palliative patient" istället för "palliative care patient" (patient i palliativ vård). Studier har genomförts för att definiera patient i palliativ vård, "the palliative care patient" då tydliga definitioner saknats. Det är här argumentet för "patienter i palliativ vård" finns, det vill säga för att kunna jämföra olika grupper av patienter och verksamheter i forskning. Men som bekant är inte ens definitionen av "palliativ vård" alltid helt kristallklar. Är det en filosofi, yrkeskompetens, organisationsform med mera som avses? Att använda den "palliativa patienten" som något självklart blir då ännu mer problematiskt.

DET HANDLAR OM individ eller grupp, och det är här det går att förstå begreppets användningsområde och ursprung, det vill säga att det behövs för att beskriva en grupp individer med vissa egenskaper eller behov, i detta sammanhang palliativ vård. Att tala om patienter i palliativ vård är nödvändigt på gruppnivå, det är framförallt på individnivå som det blir problematiskt.

Kanske är jag petig, möjligen i det närmaste en språkpolis i detta fall, men problemet för mig att tala om "den palliativa patienten" är att vi i den dagliga vården riskerar att inte se individen till fullo, den unika personen, genom att tala om "den palliativa patienten" som något generellt definierbart. Det är ett resonemang som riskerar att vara avlägset från personcentrerad vård. Skillnaden blir tydlig om vi talar om en 87-årig kvinna med grav hjärtsvikt som bor i särskilt boende, eller en 28-årig ensamstående invandrad småbarnsmamma med avancerad bröstcancer i norra Norrlands inland, eller en 40-årig man döende i AIDS i Stockholms innerstad.

DESSUTOM ÄR VI trots allt alla i någon mening palliativa eller döende, och här dyker ett citat av sociologen Allan Kellehear upp som ett argument mot användandet av "den palliativa patienten":

Att dö är inte en och samma händelse för alla, inte en erfarenhet, inte en enkel stereotyp av försämring eller förfall. Döendet täcks inte av vad vi vet om sjukdom, trots att sjukdom är en vanlig orsak till död. Döendet handlar inte alltid om försämring och hopplöshet, trots att både försämring och förtvivlan ofta är förknippat med livets slutskede. Döendet kan vara snabbt eller långsamt, heroiskt eller förnedrande, representera ett helt liv eller vara oväntat förändrande. Döende människor kan visa kontroll och autonomi eller rädsla och beroende. Att dö är som att leva, därför att döende människor är levande människor – de är inte döda, ännu. (Kellehear 2009, egen översättning)

Hur ser Du på uttrycket "den palliativa patienten" käre läsare?

Jag är nyfiken på vad ni tycker och kommer att redovisera synpunkter i Språkfrågan framöver.

Hör av dig till info@nrpv.se



Olav Lindqvist
Leg. sjuksköterska, med. dr.,
Umeå SFPO



Utbildningar 2016

Våren

4:e Nationella konferensen i palliativ vård
Tema: Palliativ vård i brytningstid. För alla yrkeskategorier.

Palliativ medicin - Kursen vänder sig framför allt till ST-läkare men kan även vara aktuell för specialistläkare.

De nödvändiga samtalen - Kurs i samtal och kommunikation för läkare.

Etikronder del 1 (uppföljningskurs ges hösten 2016) - Utbildningen vänder sig till alla yrkeskategorier.

Barn i palliativ vård – barn som anhöriga
Utbildningen vänder sig till alla yrkeskategorier.

Hösten

Etikronder del 2 (uppföljning) - Utbildningen vänder sig till alla yrkeskategorier.

De nödvändiga samtalen - Kurs i samtal och kommunikation för läkare.

Introduktion till palliativ vård - Utbildningen vänder sig till alla yrkeskategorier.

Palliativ medicin - Utbildningen vänder sig framför allt till ST-läkare men kan även vara aktuell för specialistläkare.

För fullständig information om och anmälan till våra utbildningar, besök 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

Påverkar fysiska och psykiska symtom hoppet hos cancerpatienter?

TEXT // PETER STRANG

Davis MP. et al.: Hope, symptoms and palliative care: Do symptoms influence hope? American Journal of Hospice & Palliative Care 2016 (eprint ahead publ.)

Hoppet är viktigt för alla människor. I vissa studier som handlat om livets slutskede har människor rent av skattat hoppet som det viktigaste de har kvar – uppenbarligen spelar hoppet stor roll för hur livskvaliteten blir den sista tiden i livet. Vi vet också att motsatsen, det vill säga en känsla av hopplöshet är kopplad till både självmord och önskan om dödshjälp.

Tidigare forskning har visat att många olika faktorer såsom ålder, kön och sociala faktorer påverkar hoppet i positiv eller negativ riktning. I sjukvårdssammanhang har man sett att psykiska symtom är kopplade till en ökad känsla av hopplöshet, men det finns ytterst få studier som har tittat på vad hela symtombördan betyder för möjligheten att känna hopp även när livet är kort. Frågan om vad som skapar eller motverkar hoppet hos patienter med cancer är intressant, för tidigare studier har visat att det inte nödvändigtvis är knutet till bot. I studier där man har jämfört patienter som befunnit sig i kurativ respektive palliativ fas, har nivån på hoppet sett jämförbar ut.

MÅLET med den aktuella studien var att undersöka om det finns ett samband mellan den totala symtombördan det vill säga både fysiska och psykiska symtom och hoppet.

METOD: Totalt inkluderades 197 cancerpatienter i palliativ fas till denna tvärsnittsstudie, ungefär lika stor andel män och kvinnor, åldern var i snitt 60 år. Symtombördan analyserades med hjälp av ESAS och känslan av hopp med hjälp av Herth Hope Index (HHI). Man gjorde både bedömning av statistisk signifikans (p-värde) och av klinisk relevans eftersom man kan ha en statistisk skillnad som inte betyder så mycket i praktiken.

RESULTAT: Intressant nog hade hoppet inget tydligt samband med kön, ålder eller civilstatus (singel/sambo, gift), inte heller med smärta eller med hur länge man hade haft sin cancer. Däremot sågs statistiska samband med totalsumman för ESAS (ESAS score), samt med aptitlöshet, dyspné, ångest, depression och välbefinnande (p-värden mellan 0,018 och <0,001). Av dessa faktorer var depression, ångest och välbefinnande också av klinisk relevans. I den slutgiltiga multivariata modellen visade det sig att depression/känslan av nedstämdhet var den faktor som hade störst samband med graden av hopp.

DISKUSSION: Intressanta fynd i studien är att smärta inte var av avgörande betydelse för hoppet, inte heller hur länge man hade haft sin cancer. Däremot spelade graden av nedstämdhet roll, vilket stämmer väl överens med andra studier. Det är viktigt att betona att studien inte kan säga något om riktningen i orsakssambandet: är det så att nedstämdhet minskar hoppet, eller är det snarast så att känslan av hopplöshet leder till nedstämdhet?

Studien har också metodologiska svagheter: patienterna var inte slumpmässigt utvalda och ESAS är bara ett ungefärligt mått på symtombördan. Ändå visar den aktuella studien att det psykiska och existentiella välbefinnandet spelar stor roll i palliativ vård – totalt hade faktorer såsom oro, nedstämdhet och välbefinnande betydelse för hoppet. Vi bör därför ha god beredskap att både identifiera och behandla symtom såsom ångest och depression, även i livets absoluta slutskede.



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

Petra

TEXT // REDAKTIONEN

PETRA OCH NIKLAS är i 60-årsåldern. De har båda akademiska arbeten. Niklas är professor inom ett medicinskt område och Petra har ett konstnärligt arbete. De har två vuxna barn med familjer.

Under hösten har Petra känt sig mycket trött och ibland upplevt ett molande obehag i magen, men arbetet har varit intensivt, och paret har också påbörjat en separation som inneburit mycket smärta och stor påfrestning.

En kväll i början på året får Petra mycket ont i magen med intervallsmärtor och illamående. Paret uppsöker akutmottagningen där symtomen dock avklingar. De skickas hem med lugnande besked och laxermedel. Men smärtan återkommer. Maken ser till att en kollega skyndsamt gör en malignitetsutredning med röntgenundersökningar och provtagningar.

ETT PAR VECKOR senare kallas paret till ett första ordinarie besök på sjukhuset. De träffar en kirurg som berättar att Petra drabbats av cancer i tjocktarmen med omfattande spridning. Det finns metastaser i både levern och lymfkörtlar och kirurgi är inte möjligt. Ett stent i tumörområdet sätts in för att förhindra ileus (tarmvred). Därefter mår Petra en aning bättre, kan äta lite mer och smärtan minskar något.

Efter läkarbesöket och den polikliniska stentinläggningen är paret i ett chocktillstånd. På en månad har hela livet vänts över ända. Maken som varit på väg att flytta hemifrån bär tillbaka sina kartonger.

En kväll samlas barnen och Petra berättar vad som har hänt. Hela familjen känner att situationen är överklig och ofattbar. Kan detta verkligen stämma? Kan inte någon typ

av operation göras? Vem är ansvarig egentligen? Kan yngste sonen åka till Australien som planerats?

PETRA KÄNNER ATT hon hänger i luften både medicinskt och existentiellt. Vem är ansvarig? Hon fick inget återbesök till kirurgen. Kontaktsköterskan var inte i tjänst, och eftersom hon ändå remitterats till den onkologiska kliniken avvaktar man med att utse någon vikarie. Maken ringe en tidigare kollega på onkologen som kan bekräfta att en remiss inkommit men att väntetiderna nu är långa till ett läkarbesök, särskilt inom den gastroonkologiska sektionen. Men eftersom Petra fortfarande har så ont i magen och är så ledsen kan kollegan skriva en remiss till det palliativa teamet i området.

Några frågor att diskutera:

- Du är medarbetare i det palliativa teamet och kommer på nybesök hem till familjen. Hur förbereder du dig?
- Vad spelar det för roll att maken i familjen har omfattande medicinska kunskaper och ett stort kontaktnät?
- Vad tror du väntar dig och teamet när ni kommer?
- Tror du att teamet kan närma sig någon typ av brytpunktsamtal med patienten och maken?
- Patientens smärta visar sig vara mycket svår att lindra. Vad har du för funderingar kring det?



Debatt

TEXT // JOAKIM BERGMAN

I reklamfilmen för ett mobilföretag har gamlingarna disko på sitt ålderdomshem och i en film kliver hundraåringen ut från hemmet för egen maskin och försvinner. Men att få välja ålderdomshem på livets höst är en myt. Verkligheten är inte sällan i stället isolering och ensamhet i ett hem som för länge sedan blivit ett fängelse.

MIN MORMOR ÄR 94 år och bor i en fin liten lägenhet i Hagsätra. Hon är halvblind och halvdöv och kan inte gå utan rullator. Hon saknar sällskap och vänner eftersom de flesta som en gång fanns där nu är döda. Vi i familjen har naturligtvis kontakt med mormor dagligen och vi träffas ofta. Men hur det än är så sitter mormor där ensam och tittar in i väggen större delen av tiden.

Mormor har trott att det som Stockholms stad sa i sin marknadsföring stämde; att det fanns valfrihet i äldreomsorgen. Att man på ålderns höst skulle få välja hur man ville bo. Mormor vill för allt i världen inte tillbringa en enda dag till själv i sin lägenhet, men kommunen anser att hon är för frisk och erbjuder därför i stället all sköns service till henne hemma. De kan utöver städning, matlagning, handla, tvätta, duscha och så vidare även gå ut och gå med henne (som om hon vore en hund).

Problemet är att mormor som sagt såväl ser som hör dåligt och dessutom knappt kan stå på benen själv. Så ju mer "service" hemtjänsten adderar ju fler människor vid fler tillfällen ska springa in och ut i hennes lägenhet. Föga förvånande så blir en gammal människa som ser och hör dåligt orolig och rädd då det kommer en massa människor som hon inte kan identifiera ordentligt.

Avsaknaden av ett socialt sammanhang, hennes alla krämpor och psykiska utsatthet till trots så får hon ingen plats på ett ålderdomshem eller omsorgsboende och hon är fullständigt förkrossad. Där sitter min fina mormor som plikttröget och utan ett knyst bidragit till vårt gemensamma ett helt liv och som på allvar trott att hon aldrig skulle behöva bli så ensam och deprimerad på ålders höst och hon vill inte leva längre.

Man kan lite drastiskt säga att mormor och Stockholms Stad i alla fall är överens om en sak: ju snabbare hon dör, ju bättre. För alternativet är ju att mormor blir sämre och sämre och tvingas lida under tiden och att hon sedan när hon blir sängbunden fullständigt ändå kommer att uppta en plats på hemmet. Det vill varken mormor eller Stockholms stad. Mormor för lidandet och Stockholms Stad för att hon då måste in på hemmet.

I Stockholms stad har ålderdomshem och omsorgsboende helt uppenbart förvandlats till hospice. Om kommunen inte kan göra en hyfsad bedömning om hur länge åldringen kan behöva platsen på hemmet (det vill säga inte vet när gamlingen ska dö) så anses hen för frisk för att få en plats.

Som vanligt är det de ensamma och svaga som är de mest utsatta. För även om min mormor vaknar varje morgon och

bara vill dö av sin otrygga och ensamma situation så har hon i alla fall en familj som kämpar för henne. Tänk på alla som inte har det! Vem vill bli gammal under sådana omständigheter?

I förra veckan ramlade mormor i badrummet (surprise...) och blev körd i ambulans till Nacka sjukhus. Jag och mina barn hälsade på henne någon dag senare och hon var som förbytt. Där låg min lilla mormor blåsagen i sjuksängen med ett stort leende på läpparna. En lyckligare mormor har jag inte sett på länge. Hon kunde inte nog prisa de fina människorna i personalen som pysslade om henne, hur god maten var, att de tog sig tid att prata med henne, skötte hennes krämpor och att det fanns andra patienter där att prata med. Mormor var i ett sammanhang. Inte längre ensam. Hon levde upp och livet var meningsfullt igen.

I förrgår meddelade doktorn med gråt i halsen att han måste skriva ut henne. Att hon inte kunde vara kvar längre och uppta en akutplats utan måste återvända till sina fyra väggar i Hagsätra. Luften gick ur mormor igen och livet tappade all mening.

Ja, så ser verkligheten ut bakom Stockholms stads mytbildning om de äldres valfrihet. Just nu driver vi mormors ärende i två parallella spår: Dels en överklagan i förvaltningsrätten och dels så försöker jag få mormor inlagd på ett ålderdomshem här i Ekerö kommun, där jag bor. Vi har inte en aning om var det landar. Om det ens landar alls innan mormor dör och vi tvingas konstatera att mormors sista tid i livet blev en tid då hon fullständigt tappade allt förtroende för Stockholms stad, dess tjänstemän och politiker. Då hon insåg att tiden för hennes fria vilja var över och därmed att det hon själv önskade inte längre hade någon som helst betydelse.

För hundraåringen som vi möter i boken och filmen och de aktiva pensionärerna som har disko med streamad musik i reklamen existerar inte i verkligheten. Kanske behöver fasaden hållas uppe med myten för att inte alla blivande gamla fullständigt ska sparka bak ut. Jag vet inte. Men hundraåringen och hans diskodansande grå pantrar är i vilket fall alldeles för friska för att få plats på ålderdomshem i Stockholms stad. Det är glasklart nu. För i Stockholms Stad ska man veta när man ska dö innan man får en plats på ett ålderdomshem.



Joakim Bergman

/ Ett förtvivlat barnbarn

Sedan texten publicerats i DN har mormor fått plats på ett boende

Inför den Andre prövas vår medmännisklighet

Kanske är det inte besvärligt. Kanske är det en förmån. Förmånen att leva i verkligheten och inte någon annanstans. Kan man avsäga sig verkligheten om det finns människor som är på riktigt? I början är det ju statistik och text och tidningsrubriker men ganska snart kommer en annan tillvaro till mottagningen. Omvärlden kliver in, sätter sig i väntrummet och säger: Så här är det. Så här ser det ut utanför ditt staket. Och vi: Ja ja, vi vet väl hur det är utanför staketet, vi är ju inga hemmadöttrar och hemmasöner precis, säger vi först.

Och vi har det minsann jobbigt också. Vi har också brist. Brist på specialister, på vårdplatser, brist på läkare och sjuksköterskor, oklara styrsystem och irrelevanta strukturer. Krig och bråk om sängplatser.

Då säger den Andre: Jag kan se att ni inte har några hål i taket. Det är bra.

MEN VI FÖRSTÅR inte för vi tror att de pratar om hål i taket. Och i mycket är det ju ett arbete som ska göras, jag tänker nog inte så mycket i början, det är ju det vanliga arbetet, infektioner, smärtor, hosta och nya recept på blodtrycksmedicin, fast nu som ersättning för de tabletter som blåst i vattnet. Det var visst någon storm. Och vi grejar och fixar. Och vi letar efter tolkar. Men sedan, ögonblicket när man fattar, när det tränger igenom. När det går in igenom dig och inte ut igen. Det stannar. Och du tänker, jag skiter i om det förändrar mig för det kan inte vara på något annat sätt. Och hjärnvindlingarna kastas runt i kroppen, man känner sig yr, ja nästan illamående och man förstår att förståndet kanske har glidit ned och hamnat bakom

bröstbenet, och ska det verkligen sitta där, men det går inte att göra något åt det, man får i stället fundera över om de nya hjärncellerna sitter i höger eller vänster kammare eller höger eller vänster förmak eller vad tusan.

FÖR TILL SLUT behövs bara en liten droppe, något ganska banalt kanske, och så rinner det över. Och jag vet när det händer, för det är när alla ungarna kommer in. Det är slutet av oktober nu och det är ganska kallt. Ungarna kommer in barfota i de där eländiga plastiga badtofflorna. Jag lyssnar på lungor och klämmer här och där och lyser med ficklampan. Men en sak kan jag inte. Kan inte titta ned på deras fötter. Orkar inte trasiga badtofflor.

Jag orkar inte? Orkar inte? Jag borde skämmas.

Om du är en bra läkare bestämmer du inte själv. Det avgörs av kollegor, övrig personal och naturligtvis av patienterna. Men hur prövas vår medmännisklighet? Är det jag själv som avgör min egen förträfflighet?

Theodor Kallifatides skriver i Dagens Nyheter: Det må hända att vi har kämpat oss till många och stora friheter. Men det finns alltid en gräns. En naturlig och oöverstiglig gräns. Den andra människan. Det är där, inför den Andre, som vår mänsklighet ska bestå provet.

Det är kallt i Sverige i dag. Just nu gäller badtoffeltestet. Bland annat.

Katarina Stolt Simfors

Allmänläkare, Jönköping

Texten har tidigare varit publicerad i Dagens Medicin

Nästa nummer



Spaning på palliativ vård

Vill du ha kostnadsfria nyhetsbrev om palliativ vård till din e-post?

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

Meddela namn yrke ort samt e-postadress till infospn@stockholmssjukhem.se så får du nyhetsbrevet till din inkorg. På SPNs hemsida www.stockholmssjukhem.se/spn finns det uppsatser, äldre nyhetsbrev samt annat material att läsa och eller ladda ner.

Tips?

Hör av dig med nyhetstips!

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

Hör av dig till: info@nrpv.se

Ida Kekonius - Fysioterapeut

TEXT // EVELYN PESIKAN

I början av sitt yrkesliv blev hon som enda fysioterapeut "utslängd" till de allra sjukaste patienterna på ett geriatrikt ASIH.



— Det var ett jobb ingen ville ha men jag blev fast direkt. Det var så häftigt att kunna hjälpa dessa människor, säger NRPV-ledamoten Ida Kekonius, som har fortsatt att utvecklas i yrket via medicinsk yoga, akupunktur, lymfterapi, psykosocial onkologi och professionellt nätverkande.

42-åriga trebarnsmamman Ida Kekonius, född i vackra Sörmland, har hittills knappast föspillt sin tid på jorden. Det finns ingen hejd på allt hon har hunnit med under sina 18 år som fysioterapeut- eller på det hon vill hinna med framöver. Att kalla henne en levande, sprakande energispruta är ingen överdrift.

— Jo, sådan är jag nog, skrattar hon. Men jag har ju ett så positivt jobb så det är inget konstigt. Att få hjälpa sjuka människor på deras egna villkor under den svåraste perioden i deras liv är oerhört givande och tacksamt. Ida trivdes bra med sitt yrke från starten 1998 då hon utexaminerades från KI men det var inget hon drömde om som ung,

— Det var någon som redan på gymnasiet tyckte att jag skulle passa som fysioterapeut- och det stämde ju onekligen.

Men det var först när hon kom i kontakt med den palliativa vården som hon på allvar började älska sitt jobb och förstod att hon hade hamnat rätt i livet.

— Egentligen valde jag inte den här vägen själv, den valde mig. År 2001 blev jag, i brist på andra villiga kandidater, placerad på ASIH S:t Göransgeriatriken och stortrivdes direkt, berättar Ida som sedan 2012 arbetar på Brommageriatriken som hör till Stockholms Sjukhem.

Nyligen blev hon invald i NRPV och hon är även aktiv medlem i ett nätverk för fysioterapeuter i palliativ vård i Stockholms län, som idag har 55 medlemmar.

— Det fanns ett behov av ett speciellt nätverk just för oss. I nätverket stöttar vi varandra och delar med oss av våra kunskaper och erfarenheter. Vi brukar träffas några gånger per år.

— Det finns också ett stort behov av en nationell förening för oss fysioterapeuter som arbetar med palliativ vård. Jag hoppas att vi ska kunna starta en sådan förening under 2016.

Eftersom hon är så engagerad i sitt arbete har hon hela tiden velat utveckla sig.

— Palliativ fysioterapi bygger på samma grunder som "vanlig" fysioterapi där fysisk aktivitet och rörelse är viktiga hörnstenar. Alla kan röra sig på något sätt, men det viktiga är att hitta den träning/aktivitet som passar just nu, för just den patienten.

— Jag har bland annat gått kurser i medicinsk yoga som har mycket effektiva verktyg för att hjälpa patienter med andningsproblem. Jag använder akupunktur mot illamående, smärta och svettningar. Och den utbildning jag fått i psykosocial onkologi använder jag mig av varje dag när jag har svåra samtal med patienterna.

Hon berättar att hon nyligen fick ett sms från en anhörig som var så tacksam över att djupandningstekniken från Medicinsk Yoga hade hjälpt till att göra den döende lugn vid slutet. Ida har även hunnit med att utbilda sig till lymfterapeut och kan därmed också åtgärda lymfödem. Hennes nästa mål, för det är inte så att Ida Kekonius tycker att hon är färdig, långt därifrån..., är att ta en magisterexamen och bli fysioterapeut med specialistkompetens inom palliativ vård.

— Jag skulle vilja forska på området massage. Det finns inte så mycket forskning kring detta än, bara en del studier som visar hur viktigt det är att bota den "skin-hunger" som många döende lider av, säger hon.

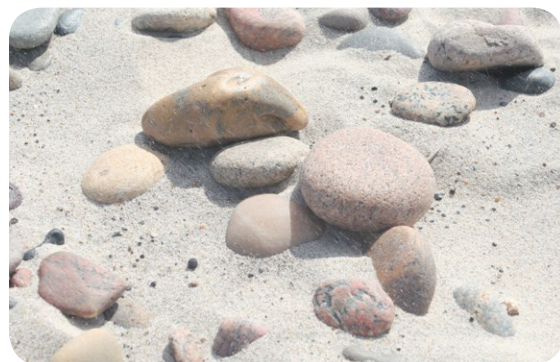
— Min uppfattning är att det kan lindra smärta, oro och ångest. Det vore så intressant att få fördjupa sig vetenskapligt i detta.

— Men framförallt är det så kul att det alltid finns saker att se fram emot i det här jobbet.



SFPO-medlemmen Lotta Pham har blivit utsedd av SFPOs styrelse till föreningens utsända "Korre" till 4:e Nationella Konferensen i Palliativ vård 15-16 mars 2016. Hon kommer att rapportera det hon ser och hör från föredrag, utställare och ta del av andra deltagares erfarenheter för att sedan skriva ett reportage som SFPO kan publicera i bland annat SFPOs nyhetsbrev.

SFPO kommer att ha sina utbildningsdagar i Stockholm med årsmöte den 23-24 maj (kvällsföreläsning den 23 maj och en heldag den 24 maj) i Stockholm.



Vi ser fram emot att träffa dig där!

Är du medlem i SFPO sedan minst ett år kan du söka Diplomerings i palliativ omvårdnad.

Sista ansökningsdag är den 15 augusti. Utdelning av diplom sker på våra utbildningsdagar.



UFPO är en växande förening öppen för alla undersköterskor som arbetar med och eller är intresserad av palliativ vård.

Specialistutbildningar för undersköterskor i palliativ vård har finns sedan några år och blir allt vanligare i Sverige. Vi välkomnar denna möjlighet för dem som vill fördjupa sin kunskap i palliativ vård.

Varje år anordnar UFPO två utbildningsdagar med undantag för just våren 2016 då UFPOs medlemmar är inbjudna att delta i de utbildningsdagar som SFPO - Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad arrangerar 23-24 maj i Stockholm.

SFPO uttrycker att "Teamarbete i den palliativa vården är ju som vi alla vet mycket viktigt, och alla har vi olika roller i patientens vård" och vi är mycket glada för denna inbjudan och hoppas att våra medlemmar möter upp till dessa intressanta dagar. Bland annat talar Christina

Karlsson som disputerat på validering av Abbey Pain Scale – SWE. Christina är en av få undersköterskor i Sverige som disputerat.

I samband med utbildningsdagarna äger UFPOs årsmöte rum den 23 maj kl. 18.00. Ytterligare information om utbildningsdagarna 23-24 maj samt UFPOs årsmöte kommer att finnas på UFPOs hemsida.

Observera att anmälan till utbildningsdagarna görs via SFPO på deras hemsida www.swenurse.se/palliativomvardnad/ Anmälan till UFPOs årsmöte görs via www.ufpo.se

Britt-Marie Strömquist
Ordförande UFPO



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.stockholmssjukhem.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.arbetsterapeuterna.se

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 Fürst
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
Tanja Nilsson
040-643 04 05
tanja@adviser.se

TRYCK
Lenanders Grafiska AB

LAYOUT
Adviser studio

UPPLAGA
5000 exemplar

ISSN
2001-841X

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.

NU I HÖGRE STYRKA DIVISUN 2000 IE

DIVISUN® (kolekalciferol) förebygger och behandlar D-vitaminbrist

För att underlätta behandlingen av D-vitaminbrist lanserar vi nu Divisun i högre styrka, Divisun 2000 IE.

Divisun 2000 IE är en tablettbehandling med flexibel dosering. Patienten tar 1-2 tabletter¹ en gång om dagen.

För patienter som behöver hjälp att bibehålla sina D-vitaminnivåer finns sedan tidigare Divisun 800 IE.

NY
STYRKA!



Referens: 1) SPC Divisun. **Divisun®** (kolekalciferol). Rx. F. Beredningsform: Tablett. ATC-kod: A11C C05. Indikation (800 IE): Profylax och behandling av D-vitaminbrist hos vuxna och ungdomar. Som komplement till specifik osteoporosbehandling hos patienter med risk för vitamin D-brist, tilläggsbehandling med kalcium bör då övervägas. Indikation (2000 IE): Behandling av D-vitaminbrist hos vuxna och ungdomar. Rekommenderad dosering: 1 tablett dagligen. Högre doser kan behövas för att uppnå önskad serumnivå av 25(OH)D. Den dagliga dosen bör inte överskrida 4000 IE. Innehåll: 1 tablett innehåller: kolekalciferol 800 IE respektive 2000 IE (motsvarande 20 respektive 50 mikrogram vitamin D₃). Förpackningsstorlekar (800 IE): 90 tabletter i blister. 250 tabletter i plastburk. Förpackningsstorlekar (2000 IE): 90 tabletter i blister. Datum för översyn av produktresumé: 2014-08-19 samt 2015-12-04. För ytterligare information och pris se www.fass.se

MEDA

MEDA AB. Tel 08 630 19 00, E-post: info@medasverige.se www.medasverige.se www.bristguiden.se

Divisun®
kolekalciferol
Flexibel dosering

Invacare® **SB755® - Made in Sweden**

När bekvämlighet är viktigt.

Invacare SB755

SB755 är vårdsängen
som ger:

- hög komfort för användaren
- en bra arbetsmiljö för personalen
- en säker och prisvärd säng för inköparen



Trusted Solutions, Passionate People

www.invacare.se



Yes, you can.®