

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr.1 • 2017



TEMA:

Kognitiv svikt



Nationella Rådet för Palliativ Vård

NOCICEPTIV SMÄRTA? NEUROPATISK SMÄRTA? BÅDE OCH?



Den enda i klassen: MOR-NRI*¹
—En dubbelverkande analgetikum för både
nociceptiv och neuropatisk smärta.²

PALEXIA[®] depot
tapentadol

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

* MOR: μ -Opioid Receptor Agonist, NRI: Noradrenalin Reuptake Inhibitor

¹ Palexia[®] depot Produktresumé 2016-07-19. ² Tzschentke TM, Christoph T, Kögel B et al. (-)-(1R,2R)-3-(3-(3-dimethylamino-1-ethyl-2-methyl-propyl)-phenol-hydrochloride(tapentadol HCl): a novel m-opioid receptor agonist/norepinephrine reuptake inhibitor with broad-spectrum analgesic properties. JPET 2007; 323(1): 265-76.

Namn: PALEXIA[®] depot, ATC-kod N02AX06. **Substans och egenskaper:** Tapentadol är ett starkt centralt verkande analgetikum med μ -opioid agonism och noradrenalinåterupptagshämmande egenskaper. Receptbelagt och narkotikaklassat. **Beredningsform:** Depottabletter 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg och 250 mg. Indikation: Behandling av svår kronisk smärta hos vuxna där endast opioidanalgetika ger tillräcklig effekt. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot tapentadol eller mot något hjälpämne, andningsdepression, akut eller svår bronkialastma eller hyperkapni, misstänkt eller verifierat paralytiskt tarmvred, förgiftning av alkohol, sömnmedel centralverkande analgetika eller psykotropa aktiva substanser. **Varningar och försiktighet:** ❖ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Kan ge dosrelaterad andningsdepression i höga doser eller hos patienter med särskild känslighet för μ -opioidagonister. Bör ej användas till patienter med allvarligt nedsatt njur- och/eller leverfunktion. Försiktighet bör iakttagas vid kombination av PALEXIA[®] depot med blandade agonist/antagonister samt med partiella agonister med aktivitet för μ -opioidreceptorn. **Interaktioner:** Bör undvikas till patienter som behandlas med MAO-hämmare eller har använt dessa medel de senaste 14 dagarna. **Graviditet:** Kategori C. **Amning:** Grupp IVa. **Förmån:** PALEXIA[®] depot ingår i läkemedelsförmånen med följande begränsning: "PALEXIA[®] depot subventioneras endast för patienter med svår långvarig smärta som provat, men inte tolererat, oxikodon eller morfin." [Beslut TLV 1279/2015] "TLV bedömer också att de patienter som inte kan behandlas med oxikodon eller morfin och där PALEXIA[®] depot är ett kostnadseffektivt alternativ redan omfattas av begränsningen såsom den är skriven idag. Därför bör begränsningstexten inte ändras." [Bakgrundtext till beslut TLV 1279/2015] Datum för den senaste godkända produktresumén: 2016-07-19. Läkemedelsföretagets ombud: Grünenthal Sweden AB, Frösundaviks allé 15, 169 70 Solna. Tel 08-643 40 60. För fullständig information och priser se: www.FASS.se

GRÜNTHAL

2016-10-PALEXIA DEPOT-0882

Kognitiv svikt

Att en person som står mig nära plötsligt inte är fullt tillräknelig, inte förstår och inte är adekvat i sina svar och reaktioner. Det är en mardröm både för personen i fråga och för närstående. Även om personen varit svårt sjuk har det tidigare gått att få kontakt och att få adekvata synpunkter som det gått att lita på. Och så plötsligt..... Min vän som berättade historien om sin släkting reagerade med förfäran men undrade framförallt hur det var för patienten. Vad innebär kognitiv svikt?

Vad heter symtomet egentligen – förvirring, delirium eller kognitiv svikt? De olika benämningarna brukar användas synonymt så det gör även vi. Det är ett vanligt symtom och mycket skrämmande men det är viktigt att komma ihåg att det i det tidiga palliativa sjukdomsförloppet kan finnas möjligheter att lindra och ibland helt eliminera symtomet. Något av det som beskrivs i temat är bakgrund och grundfakta om kognitiv svikt

på sid 10 och om läkemedel i samband med symtomet på sid 14. Det finns reflektioner av personal i vården som möter dessa patienter och deras närstående och på sid 12 tar vi upp frågan om vad det är som gäller i samband med framtidsfullmakt.

Att läsa för att utveckla empatin är en viktig del av ämnet medicinsk humaniora. Läsa borde alla göra som studerar för att sedan arbeta i vården. Vi presenterar en artikel om läsande kopplad till sjuksköterskeutbildningen se sid 26. Det finns liknande verksamheter på flera håll i landet både för sjuksköterske- och läkarstudenter. Men det är förstås inte bara givande för den som studerar, att läsa och reflektera borde vara obligatoriskt för alla som vårdar. Det finns så mycket litteratur som vidgar synsättet och ställer väsentliga och svåra frågor – frågor som är givande för alla som arbetar med patienter IRL.

Det är glädjande att många känner till att tidskriften finns men det verkar inte vara klart för alla vem som är tidskriftens avsändare. Därför gör vi denna gång en presentation av Nationella Rådet för Palliativ Vård – NRPV - som ger ut tidskriften. Vi beskriver föreningens mål och ger lite bakgrundshistorik. I detta nummer finns det även en historisk översikt, som bland annat förklarar varför det tagit så lång tid för den palliativa vården att komma igång i Sverige, och varför den inte automatiskt utvecklats som en fortsättning på den somatiska kurativa vården. En stor del av innehållet i artikeln, som ger ett nytt perspektiv på utvecklingen av palliativ vård i Sverige, var nytt för mig - och kanske även för er.



Sylvia Sauter
Chefredaktör

Innehåll

4. Vad gör NRPV



6. Sen start för Palliativ vård i Sverige

8. Tema: Kognitiv svikt

10. Delirium i Palliativ vård

12. Praktiska erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv svikt

14. Hur läkemedel påverkar kognitiv svikt

16. Smärtskattning av patienter som sviktar kognitivt

18. Använd den kliniska blicken för att observera symtom

20. Skillnaden mellan fullmakt och framtidsfullmakt

21. Språkfrågan

22. Debatt

24. Tankar om dödsångest

26. Med syfte att utveckla empati



28. Möt en specialist
- Karin Rahm Björneld



30. Sociala medier
när livet står på spel -
en skör livlina

32. Vetenskaplig kommentar

34. Patientfallet - Thi Chao

36. Krönika

38. Medlemssidor

Vad gör Nationella Rådet för Palliativ Vård – NRPV och varför?

TEXT // SYLVIA SAUTER

Patienter som befinner sig i ett palliativt skede har inga starka företrädare som för deras talan, som exempelvis patientföreningar eller lobbyister. De närstående har annat att tänka på än att bedriva lobbyverksamhet och efter dödsfallet vill de flesta lämna upplevelserna av vården bakom sig. Många gånger är det i stället eldsjälarna inom vården som påtalat de svårt sjuka och döendes behov av palliativ vård. Den palliativa vårdens utveckling i Sverige har, som i de flesta andra länder, till stora delar byggts upp genom engagemang av dessa eldsjälarna från olika professioner. Det var också den engagerade vårdpersonalen som startade Nationella Rådet för Palliativ Vård.

DET VAR EN GÅNG... när den palliativa vården var mycket rudimentärt utbyggd i Sverige... och om det alls fanns någon verksamhet så berodde det på engagerade medarbetare som fått gehör hos beslutsfattare att bedriva palliativ vård. Palliativ vård var då knappt ett begrepp utan det talades om vård av patienter i terminalt skede - terminalvård.

I mitten av 1990-talet ställde sig en enhällig riksdag bakom prioriteringsutredningen som gav de svårast sjuka första prioritet i vården. Den parlamentariska utredningen "Värdig vård i livets slutskede" SOU 2001:6 presenterade idéer om hur den palliativa vården skulle utvecklas inklusive förslag om en utbyggnad av den palliativa vården men det ledde, trots intensivt lobbyarbete och stark förankring, inte till några konkreta förslag till riksdagen. Den utveckling som ändå skedde var utan nationellt stöd.

Samling av professionella föreningar och nätverk

I början på 2000-talet fanns det föreningar och nätverk för olika professioner inom palliativ vård som arbetade med att tillvarata sina respektive yrkesintressen och med att förkovra sig. Det fanns inget gemensamt forum för olika professioner för att utveckla den palliativa vården eller ens kontakter mellan de olika föreningarna. Då kom en av de internationella förgrundsgestalterna inom palliativ vård, Derek Doyle, till Sverige och talade om vikten av att bilda ett nationellt råd. Hans fasta övertygelse var att National Council for Palliative Care i Storbritannien hade varit en förutsättning för utvecklingen av den palliativa vården där. Och Storbritannien har varit ett föregångsland sedan 1960-talet när det gäller utbyggnad av palliativ vård. Det besöket var en av inspirationskällorna till att de palliativa föreningarna gick samman och bildade Nationella Rådet för Palliativ Vård 2004. Målet var att öka pressen på beslutsfattare för att utveckla

Vad gör NRPV?

PALLIATIV VÅRD - Tidskriften för palliativ vård i Sverige startades 2014 för att nå ut till medlemmar i NRPV:s föreningar och till multiprofessionella team inom den palliativa vården och dessutom för att nå beslutsfattare med flera. Vill du prenumerera så hör av dig till tidskriften@nrpv.se



NATIONELLA KONFERENSER i Palliativ Vård anordnas vartannat år från 2010 tillsammans med någon eller några lokala arrangörer. Den 5:e Nationella Konferensen äger rum i Stockholm 2018. Information om nästa konferens finns på www.palliativ2018.se

PALLIATIVGUIDEN är en översikt över den specialiserade palliativa vården i landet och finns tillgänglig



på www.nrpv.se. Sammanställningen övertogs från Socialstyrelsen i samband med bildandet av NRPV.

KARTLÄGGNING OM UTBILDNING av palliativ vård inom professionerna och Utbildningsmaterialet ELSA – utarbetades som ett diskussionsunderlag för olika typer av utbildningar. Det finns tillgängligt för nedladdning på www.nrpv.se

NYHETSRESEN - ett månatligt kostnadsfritt elektroniskt nyhetsbrev om palliativ vård skickas, sedan starten av NRPV, ut av Svenskt Palliativt Nätverk - SPN, till de som önskar. Vill du ha nyhetsbrevet så hör av dig till infospn@stockholmssjukhem.se



Missa inte!

5:e Nationella konferensen i Palliativ vård
21-22 mars 2018 i Stockholm



Nationella Rådet för Palliativ Vård

den palliativa vården i Sverige. En multiprofessionell röst att bli lyssnad på och en plattform att räkna med.

FÖRST 2005 LÄMNADE Sveriges dåvarande regering in en skrivelse till riksdagen som innebar en viljeyttring att aktivt arbeta för att ge alla svenskar tillgång till palliativ vård.

Socialstyrelsen fick då ett uppdrag att påbörja utvecklingen av den palliativa vården i landet och fick 1.5 miljoner kronor specifikt för uppdraget. Det nystartade Nationella Rådet för Palliativ Vård – NRPV fick samtidigt 500 000 kronor från regeringen som stöd för sitt arbete.

En offentlig upptakt

I september 2005 kallade riksdagens Socialutskott till en offentlig utfrågning om palliativ vård. Representanter för Socialstyrelsen, Socialdepartementet, SKL, professionen med flera var också inbjudna. Det då nybildade NRPV var särskilt inbjudet och fick därigenom en möjlighet att presentera sig offentligt.

Sedan NRPV startade för 12 år sedan har det hänt mycket i Sverige för att utveckla den palliativa vården. Men inte tillräckligt. Det är fortfarande ojämn tillgång till specialiserad och allmän palliativ vård. Orättvisan gäller både geografiskt och vilka patienter som erbjuds palliativ vård. Utbildningen om palliativ vård i de olika professionernas grundutbildning är bristfällig, ojämn och saknas helt inom vissa utbildningar.

Utbildning inom professionen men även till allmänheten, både unga och gamla

Vi måste försöka få allmänheten att våga prata om döden, som ju väntar oss alla. Och en viktig uppgift är att få media att skriva om något annat än dödshjälp så fort palliativ vård och döden kommer på tal. NRPV är ett bra forum för att driva den här typen av frågor, vi måste bli mer utåtriktade, anser Inger Fridegren. NRPV:s nuvarande ordförande som är övertygad om att det finns ett uppdämt behov hos människor i olika åldrar att få prata om döden.

– Döden är väldigt obligatorisk men idag finns det bara en rudimentär obligatorisk grundutbildning i palliativ vård eller om döden. Här tror och hoppas jag att NRPV kan hjälpa till att påverka, säger Inger Fridegren.

NRPV ska initiera debatt om den palliativa vården. När allmänheten får mer kunskap om palliativ vård, vad som faktiskt kan göras för svårt sjuka och döende, då kommer det att ställas ökade krav på både tillgång och kvalitet.

Det är ytterst angeläget att fortsätta skapa opinion för att stärka och förbättra den palliativa vården och för oss alla att våga tala om döden. Det finns all anledning för Nationella Rådet för Palliativ Vård att fortsätta sträva efter att alla patienter som behöver ska få den palliativa vård de behöver på den vårdnivå som krävs, avslutar ordförande Inger Fridegren med en energisk nick sitt uttalande om vikten av NRPV:s fortsatta arbete.

Några nationella initiativ sedan början på 2000-talet

NATIONELL CANCERSTRATEGI innehåller en specifik del om den palliativa vårdens strategi för cancerpatienter och utarbetades 2008 med konkreta förslag på hur den palliativa vården kunde utvecklas.

NATIONELLT KUNSKAPSTÖD som Socialstyrelsen tagit fram 2013 riktar sig i första hand till beslutsfattare och består av en vägledning om etik och bemötande samt samordning mellan vård- och omsorgsgivare. Dessutom finns rekommendationer som stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas. En kartläggning och verktyg för uppföljning – indikatorer, av hur vården i livets slutskede ser ut idag samt gemensamma termer och definitioner.

NATIONELL VÅRDPLAN – NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. NVP finns tillgängligt sedan hösten 2016.

NATIONELLT VÅRDPROGRAM är uppdaterat och gäller från december 2016 och är framtaget av professionen. Vårdprogrammet beskriver palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller

andra faktorer och omfattar palliativ vård i livets slutskede. Även om vårdprogrammet fokuserar på den senare delen av sjukdomsfasen, kan programmet även ge uppslag för verksamheter som vårdar patienter i tidiga palliativa skeden.

REGIONALA KUNSKAPS- OCH UTBILDNINGSCENTRA har öppnats i flera regioner i landet med uppdrag som ofta innefattar utbildning, utveckling och ibland även forskning inom palliativ vård. Först ut var PKC i Östergötland 2006.

SPECIALISTER I DEN PALLIATIVA VÅRDEN. Palliativ medicin är en ny tilläggsspecialitet för läkare sedan 2015. Det innebär att specialistläkare inom en klinisk basspecialitet kan bygga på med en specialistutbildning inom palliativ medicin.

Vissa sjuksköterskeutbildningar utbildar specialistsjuksköterskor i palliativ omvårdnad sedan 2013. Det finns även utbildning för undersköterskor som ger specialistkompetens inom allmän och specialiserad palliativ vård.

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET startade 2005 och är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

Sen start för palliativ vård i Sverige

TEXT // TONY GUSTAVSSON

Långt in i vår egen tid påverkas fortfarande den svenska sjukvården i stor utsträckning av vårdpolitiska beslut som tagits tvåhundra år tidigare. Dessa beslut kom inte minst att påverka utformningen av vården av människor med kroniska sjukdomar. Genom att betrakta den historiska framväxten av sjukvårdssystemet är det möjligt att närma sig frågor om den samtida vården av kroniskt sjuka, men även belysa den relativt sena uppkomsten av palliativa vårdformer.

ÅR 1749 ÖPPNADE Serafimerlasarettet i Stockholm. Det var det första moderna lasarettet i Sverige, utformat efter europeisk förebild och finansierat av offentliga medel. Det kom också att bli mönsterbildande för den satsning på slutet kroppssjukvård som kom att utmärka den svenska sjukvårdsmodellen. Redan från början byggdes dock en viktig begränsning in i detta system. För att motivera de stora utgifter som lasaretten förde med sig var de inriktade på att erbjuda akut, kurativ vård. Syftet var uttryckligen att återställa den sjuke till hälsa för att därigenom återföra honom till produktivt arbete. Det var alltså inte i första hand humanitära hänsynstaganden som styrde vårdpolitiken under denna tid, utan rent ekonomiska motiv. Sjukvården uppfattades som ett sätt för staten att befordra en stor, frisk och arbetsför befolkning. Rent konkret manifesterades detta i lasarettssadgorna. Dessa förbjöd intagningen av "obotlige sjuke", ett förbud som kom att gälla ända fram till 1951. Det enda undantaget var om lasarettsvård för den sjuke skulle "medföra väsentlig lindring i hans tillstånd eller för någon tid möjligen återställa hans förvärförmåga".



Serafimerlasarettet 1893

DEN GENERELLA UTVECKLINGEN under 1800-talet kom att gå i riktning mot en snabb utbyggnad av slutenvården, framförallt av lasaretten men även i form av mindre sjukstugor. Som exempel kan nämnas att det totala antalet vårdplatser inom

kroppssjukvården år 1800 endast uppgick till 515. Vid sekelskiftet 1900 uppgick de till 10 742. Denna utveckling marginaliserade ytterligare människor med kroniska sjukdomar. Effektivt uteslöts de från den expanderande slutenvården. Istället var denna patientgrupp hänvisad till två andra institutioner.

Den första utgjordes av städernas och socknarnas fattigstugor. Dessa skulle från slutet av 1700-talet ta hand om alla de som "af åldersdoms skröplighet, långvariga krämpor eller någon slags ofärdighet hindras af sjelfve förskaffa sig tillräckligt underhåll". I fattigstugorna sammanfördes alltså olika grupper: åldringar, kroniskt sjuka och handikappade. Den enda gemensamma nämnaren var att dessa grupper inte kunde försörja sig själva. Det som erbjöds vid fattigstugorna var också i första hand försörjning och i andra hand någon slags basal omvårdnad.

NÄR DET GÄLLDE den medicinska vården så skulle den istället tillhandahållas av en annan sjukvårdsinstitution. För ungefär samtidigt som de första lasaretten öppnades grundades också det statliga tjänsteläkarväsendet. Tjänsteläkarna utgjordes av stads- och provinsialläkare. Dessa tilldelades varsitt distrikt i städerna eller på landsbygden. De utgjorde under lång tid den öppna sjukvården i riket. Teoretiskt var det dessa läkare som skulle stå för den medicinska vården av de kroniskt sjuka, både de som vistades i hemmet och de som var intagna på fattigstugorna. I praktiken skedde detta sällan. Upptagningsområdena var stora och läkartätheten låg. Till detta kan läggas att läkarna kom att prioritera förebyggandet och botandet av de akuta, epidemiska infektionssjukdomar som utgjorde det dominerande inslaget i 1800-talets sjukdomspanorama. Icke-smittsamma, kroniska sjukdomar hade helt enkelt getts en lägre prioritet. I den mån det fanns tid över till de kroniskt sjuka så var vården högst sporadisk.

FÖRST I SLUTET av 1800-talet började tanken slå rot för att erbjuda de kroniskt sjuka en mer systematisk vård. Vid denna tid uppkom de första privat drivna hemmen för "obemedlade" kroniskt sjuka, ett utslag av samtidens filantropiska engagemang, men såväl antalet institutioner som det sammanlagda antalet vårdplatser var högst begränsat.



Serafimerlasarettet - idag



Lasaretsstadgorna förbjöd intagningen av "obotlige sjuke", ett förbud som kom att gälla ända fram till 1951.

Den egentliga vändpunkten kom 1921 då en statlig utredning föreslog att statsbidrag skulle utgå till kommuner och landsting som valde att inrätta hem för kroniskt sjuka, ett förslag som kom att vinna bifall i riksdagen och börja realiseras sex år senare. Dessa sjukhem kom att utgöra grunden i den medicinska äldre-vård som med tiden skulle komma att bli till en betydande sektor av det svenska sjukvårdssystemet. Vid dessa "kronikerhem" var också inriktningen på vården en annan än vid lasaretten. De renodlat kurativa ambitionerna och strävan efter rehabilitering, hade för första gången ersatts av målsättningen att erbjuda medicinsk omvårdnad med vissa palliativa inslag. Eller som utredningen från 1921 beskrev sjukhemmen:

"Det gäller här icke att bygga ett sjukhus, där en mängd dyrbara avdelningar för patienternas mottagning, diagnos och behandling finnas. (...) Det gäller istället att bygga sjukhus av möjligast enkla typ, vilka för de patienter, som kunna njuta därav, skola inredas så att känslan av hem bibehålles." En viktig förebild för kronikerhemmen var de anstalter för tuberkulospatienter – sanatorier – som hade inrättats kring sekelskiftet 1900, anstalter med tydliga inslag av palliativ vård, åtminstone för delar av patientgruppen. Det fanns även en mer konkret koppling mellan dessa två typer av vårdinstitutioner. I och med att tuberkulosen från 1920-talet befann sig på tillbakagång övertog kronikersjukvården ett betydande antal före detta sanatorier.

Utbyggnaden av kronikersjukvården gick långsamt ända fram till 1950-talets ingång, då reformeringen av äldreomsorgen också gav upphov till en utbyggnad av den medicinska äldre-vården. Ändå representerade 1927 års riksdagsbeslut en vändpunkt för gruppen kroniskt sjuka. Deras vårdbehov hade getts erkännande och en ny typ av vård med icke-kurativ inrikt-

ning hade getts sanktion. Patientgruppen var dock långtifrån homogen. Ambitionen var att skilda grupper av kroniskt sjuka skulle inrymmas vid sjukhemmen – och att "prognostiskt mera gynnsamt klientel" skulle sammanföras med patienter i livets slutskede – just för att kronikersjukvården inte skulle få karaktären av "dödssjukhus".

FRÅN 1960-TALET kom vården av kroniskt sjuka – från denna tid benämnd långtidsvård – alltmer att knytas till lasaretsväsendet istället för att vara förlagd till de fristående sjukhemmen. Samtidigt höjdes ambitionerna betydligt när det gällde vårdinnehållet. Så här beskrev en utredning från 1964 den nya inriktningen:

"Numera torde det inte råda några delade meningar om att de patienter, som enligt gången terminologi betecknades som kroniskt sjuka, skall erhålla undersökning och aktiv behandling på sjukhus med kvalificerade diagnostiserings- och behandlings-resurser. Inga möjligheter får lämnas oprövade." För de kroniskt sjuka innebar detta att de nu skulle ges en mer kvalificerad vård inom ramen för lasaretsväsendet – en vård som från 1970-talet kom att ske i nära samarbete med den stadigt expanderade hemsjukvårdsorganisationen. Att introduktionen av den palliativa vårdfilosofin i Sverige skedde under 1970-talet, och dessutom inom ramen för den landstingsanslutna hemsjukvården, är alltså knappast förvånande. Först vid denna tid hade Sverige utvecklat ett sjukvårdssystem, där de kroniskt sjuka inte uppfattades som en marginell patientgrupp. Men vägen dit hade varit lång och ännu kvarstår mycket att göra för denna patientgrupp.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Tony Gustavsson

Fil dr, Idé- och lärdoms historia



Från utställningen – Verkliga och fiktiva rumsbildningar, Konstakademien. Konstnär, Batte Sahlin.

Picasso och Döden

När Picasso fick höra att döden var på väg att avlägga visit hos honom, målade han i all hast ett plakat, en ansiktsmask, (både framifrån och i profil för att förvilla), hängde en flätad brödkorg som en blond hårman på plakatets ansikte och skyndade sig ner till grinden, där han ställde sig bredbent, höll upp masken för sitt ansikte och höjde vänstra handen till hälsning, stopptecken och angivande av annan färdriktning.

Av detta spektakel blev Den Gamle så förvirrad att Han vände och gick vidare i den anvisade riktningen. Stor är konstens makt, tänkte Picasso och såg länge efter den bortdragande gästen.

Batte Sahlén



Delirium i palliativ vård

TEXT // PER FÜRST

Delirium, även kallat konfusion, kognitiv svikt eller helt enkelt förvirring, är det vanligaste neuropsykiatriska problemet hos patienter med avancerad sjukdom. Förvirring kan medföra försämrad livskvalitet för både patienter och närstående, men även för sjukvårdspersonalen som kan känna sig maktlös. Omkring 40 procent av patienter som skrivs in i palliativ slutenvård har någon grad av delirium redan vid inskrivningen och upp till 88 procent har det någon gång under de sista veckorna eller dagarna i livet. Delirium är alltså ett mycket vanligt symtom och när det uppträder är det ofta ett tecken på att livets slut närmar sig.

Patofysiologi

Om man tänker på det som "hjärnsvikt" kan det underlätta förståelsen för hur delirium uppkommer. Även unga och friska människors hjärnor kan ju svikta om de utsätts för tillräckligt hög kroppslig eller psykisk stress. Oftast ligger gränsen för svikt väldigt högt, därför blir vi inte förvirrade. Men om kroppen redan är påverkad av till exempel sjukdom, smärta, störd nattsömn, miljöbyte, oro, dehydrering och metabola rubbningar som hyponatremi eller hypercalcemi, ligger gränsen mycket lägre. Då är det egentligen inte så förvånande, utan snarare förväntat, att ytterligare belastning får hjärnan att svikta. Känsligheten verkar också öka med stigande ålder. Den utlösande faktorn behöver inte alltid vara så påtaglig, kanske bara en natt med dålig sömn. Det kan också vara en lättare infektion eller ett nyinsatt läkemedel som rubbar balansen mellan signalsubstanserna i hjärnan som då märks som ett förvirringstillstånd.

Orsaken till att det blir så är störningar i bland annat dopaminerga och kolinerga bansystem i hjärnan. Mycket är fortfarande oklart, men det är en kombination av direkta effekter av sjukdomar, läkemedel och metabola störningar. Helt enkelt för stor belastning på hjärnan som då leder till ett ofta snabbt påkommet förvirringstillstånd. Typiskt är att symtomen kommer och går över dygnet. Oftast är det minst symtom på förmiddagarna och dagtid, och mer symtom kvälls- och nattetid.

För närstående kan den plötsligt uppträdande förvirringen vara skrämmande. Det är inte heller ovanligt att patienterna själva är medvetna om sin förvirring och att de även efter förvirringsepisoden kan berätta om vad som hände under tiden. Ibland beskriver de att det var en obehaglig upplevelse.

Hyperaktivt och hypoaktivt delirium

Man brukar dela in delirium i två huvudtyper; hyperaktivt och hypoaktivt delirium. Det är hyperaktivt delirium som märks tydligast. Det kännetecknas av agitation med rastlöst beteende,

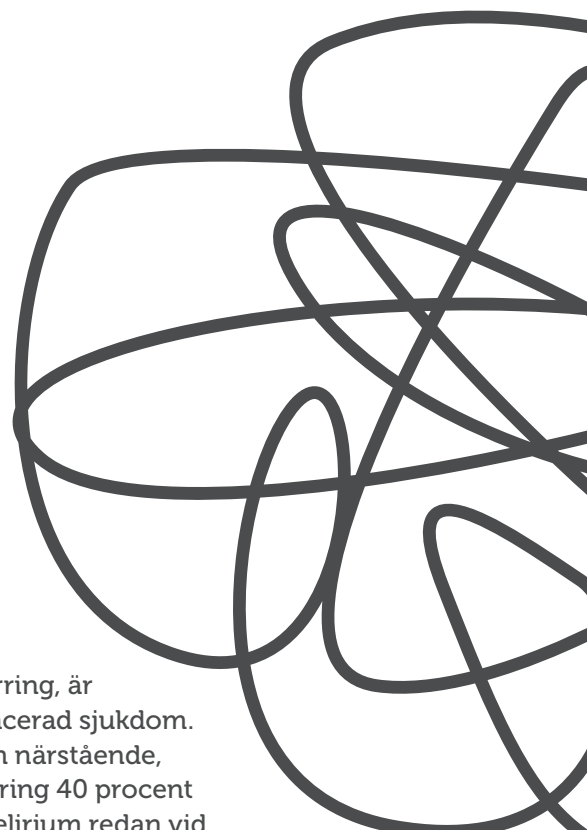
de, ökad vakenhet och uppmärksamhet, påverkan på minne, orienteringsförmåga, språk, känslor och sinnesintryck, ibland med vanföreställningar. Det är inget man missar, men det kan misstas för en psykos eller ett akut ångeststillstånd. Hyperaktivt delirium utgör ungefär en tredjedel av delirierna.

Långt vanligare är hypoaktivt delirium, som står för två tredjedelar. Det är dessvärre lättare att missa. Symtomen kan lätt misstas för fatigue eller depression eftersom patienten mest ter sig slö och dåsig, förefaller glömsk med långsamma svar på frågor, har sparsam motorik och minskat intresse för och medvetenhet om vad som försiggår runt omkring. En depression utvecklas över längre tid, innebär oftast inte medvetandepåverkan och fluktuerar inte på samma sätt. Även en svårt dement patient skulle i ögonblicket ha många likheter med en patient med hypoaktivt delirium, men också vid demens utvecklas symtomen långsamt och över lång tid. Vår förvirrade patient på akuten eller på avdelningen med akut delirium var ofta för bara några timmar sedan fullt vaken, klar, redig och kanske uppegående. Det förekommer också en blandform där växling från hypoaktivt till hyperaktivt delirium kan gå fort och komma plötsligt.

Behandling

Så vad finns då att göra? Delirium beror på någon eller flera bakomliggande organiska orsaker, som det dessvärre många gånger är svårt att göra något åt. Det blir extra tydligt när det handlar om patienter med svåra sjukdomar som närmar sig livets slut och där den återstående tiden är mycket begränsad. Allt mer talar för att det mest effektiva och kanske enda man kan göra för att minska symtomen är att försöka begränsa utlösande faktorer.

Opioider eller läkemedel med antikolinerga biverkningar ligger ofta bakom hyperaktiva delirier och opioidrotation eller förändrad medicinering kan hjälpa. Typiska läkemedel med antikolinerga biverkningar är amitriptylin, skopolamin, flera antihistaminer och läkemedel mot inkontinens samt en del bensodiazepiner.





Även propiomazin och tramadol ger liknande biverkningar. Hypoaktivt delirium har oftare samband med hypoxi, metabola störningar eller infektion.

Lawlor et al. beskrev att man kunde få delirium att gå tillbaka hos upp till 50 procent av patienter med avancerad cancer i livets slutskede genom förändrad medicinering och rehydrering. När hypoxi och metabola rubbningar låg bakom lyckades man däremot sällan minska förvirringen. Andra åtgärder som ångestlindring, lugn och ro samt mänsklig närvaro har också stor betydelse för att minska deliriet.

Farmaka

Neuroleptika har länge använts för att lindra symtomen vid delirium. Det har funnits svag evidens för att de har kunnat bidra till minskad agitation vid hyperaktivt delirium samt minskad sedering och bättre kognition vid både hyper- och hypoaktivt delirium. Kliniskt i palliativ vård har haloperidol rekommenderats i första hand. Andra äldre neuroleptika har visserligen likvärdig effekt, men ger mer biverkningar. Modernare, så kallade atypiska neuroleptika, är långsammare till effekt, men med färre biverkningar. Det handlar om korta kurer och låga doser, typiskt 1-4 mg haloperidol per dygn, uppdelat på flera doser. En klok strategi är att starta med låg dos och eventuellt vid behov trappa upp den..

Även bensodiazepiner används, men med viss försiktighet på grund av risken för oönskade biverkningar, och kombineras därför gärna med låg dos neuroleptika. En välgjord och alldeles färsk studie, den första i sitt slag, visade dock att patienter i palliativ vård med milt till måttligt delirium fick mer symptom när de behandlades med neuroleptika än med placebo. Det är därför sannolikt att dagens rekommendationer kring neuroleptika vid delirium i palliativ vård kommer att ändras och deras roll att tonas ner. Troligen kommer man att ännu tydligare betona

”

Allt mer talar för att det mest effektiva man kan göra för att minska symtomen i livets slutskede är att begränsa utlösande faktorer

screening för tidigare upptäckt av delirium för att på så sätt lättare kunna behandla bakomliggande orsaker.

Delirium hos den döende

En stor klinisk utmaning kan vara delirium hos patienter som är i själva döendefasen, ofta kallat terminalt delirium. Orsakerna bakom förvirringen är då ofta irreversibla och symtomen med ibland kraftig psykomotorisk oro kan bli svåra att kontrollera. Särskilt påtagligt är det ofta hos något yngre patienter. Om deliriet är outhärdligt plågsamt för patienten kan det enda återstående alternativet för symtomlindring vara palliativ sedering.

Det måste i så fall förankras med patienten och i de flesta fall också med närstående. Vanliga läkemedel är bensodiazepiner i kombination med propofol. Palliativ sedering har inte kunnat visas påverka återstående livslängd.

Ska man behandla?

Det finns de som argumenterar för att delirium är en naturlig del av döendet och inte alls ska behandlas. Många hypoaktiva delirier är stillsamma och kanske kan fungera som "krockkudde mot döden", men ett hyperaktivt delirium med otäcka hallucinationer verkar vara oerhört jobbigt för både patient och närstående. God framförhållning, behandla bakomliggande orsaker, mänsklig närvaro och att förutse och prata om vad som kan komma framöver är en viktig del i behandlingen. I den akuta situationen kommer dock troligen både neuroleptika och bensodiazepiner att fortsätta spela en roll ännu ett tag framöver.

Artikeln med referenser finns på www.nrpu.se



Per Fürst

Överläkare, specialist i palliativ medicin, doktorand

Praktiska erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv svikt

"SOM PERSONAL KAN det verka som att patienten mår dåligt och att det är besvärade för dem när det börjar bli snurrigt och de inte kan hålla reda på saker. När patienten mår dåligt mår de närstående dåligt. Det bästa är att stanna kvar hos patienten och lyssna – det måste få ta tid. Försök vara följsam och både innovativ och kreativ för att kunna hjälpa till – allt beror på hur patienten är och hur förvirringen yttrar sig.

Om den kognitiva svikten kommer oväntat och plötsligt så är det viktigt att omedelbart försöka ta reda på orsakerna – i tidigt stadium är svikten möjlig att häva. Det gäller att vara snabb och tänka på vad det är man ser. Anledningarna till svikten kan vara flera och olika yrkeskategorier kan bidra till att ta reda på orsakerna – flera i teamet kan hjälpas åt. Till exempel kan sjuksköterskan kontrollera om patienten är förstoppad eller dehydrerad eller om det är urinretention som kan ha orsakat svikten. Läkarna kan se över läkemedlen eller elektrolyter. Det är så många olika variabler som ålder, situation och diagnos som spelar roll. Som sagt det är viktigt att vara kreativ och tänka på de iakttagelser man gör hos patienten.

DET SOM ÄR svårast är att inte kunna fråga patienten. Frågvisa sjuksköterskor som hela tiden frågar – hur vill du ha det? – där blir det problem för det finns ingen att fråga. Man vill kunna

göra det bästa och det är svårt om man inte kan få svar på vad patienten vill. Då får man ta hjälp av närstående, om det är möjligt, för att få veta vad patienten vanligtvis önskar.

Närstående reagerar på olika sätt och ibland ber de till och med om ursäkt för patientens beteende. När patienten blir aggressiv då är det extra jobbigt för närstående som hela tiden måste hållas informerade om vilka åtgärder som vidtas och vad som kan vara orsaken till svikten. Som personal kommer man nära i ett tillfälle som detta. Det blir som ett arbete man gör tillsammans med närstående. Det är ett gemensamt arbete och det blir många gånger ett bra samspel.

De närstående bidrar med allt de kan i sin svåra situation men de behöver stöd och information om vad som händer med patienten. Och att det faktiskt sker något för att förbättra situationen. Det skrämmande minskar genom att man förklarar situationen för de närstående och vad som eventuellt kan göras. Vi måste samtidigt fråga om det är något vi kan göra för de närstående? Vilken hjälp kan dom behöva?

VIFÖRSÖKER UNDERLÄTTA för patienten genom att förenkla. Så lite stimuli hos patienten som möjligt. Bara en som talar när två är närvarande. Var observant! Lägg märke till om att hålla i handen är lugnande eller kanske är det oroande. Är lugn musik bra eller dåligt? Kanske ingen musik alls? Är att ligga bättre än att sitta i sängen? Hur brukar patienten vilja ha det? - fråga närstående.

När patienten sviktar kognitivt blir allt blir satt ur spel. Då är det OK att informera närstående och samverka utan patientens tillstånd – det måste man göra. Oftast kan svikten hävas men ibland är det fråga om början på ett terminalt delirium – som inte går att häva. Naturligtvis går det inte att häva svikten om det finns påverkan på hjärnan genom inväxt eller liknande.

Funderingar.

Om man är oförberedd på att patienten kan svikta kognitivt, vilket man som närstående kan vara då man inte alltid får veta allt som kan hända patienten i ett palliativt skede, är det besvärligt. För vi som vårdpersonal berättar inte alltid allt och ibland är patient och närstående inte mottagliga.

Det är svårt att berätta allt som patienten kan drabbas av i ett palliativt skede men då är det också svårt att vara beredd".

*Berättat av leg sjuksköterska Britta F Larsson
för Sylvia Sauter*

"VID FÖRSTA MÖTET med en patient som opererats för en hjärntumör – som ska informeras om fortsatt behandling – är det svårt att veta om patienten är som tidigare eller förändrad. Befinner sig personen fortfarande i chock eller kris? Är personligheten förändrad? Hur fungerar talet och minnet? Tumörens lokalisation i hjärnan avgör vilka symtom som yttrar sig. Jag försöker skapa kontakt, observerar patienten och ställer några enkla frågor. Ber patienten berätta vad som hänt och vad hon eller han nyligen har gått igenom. Om personen inte kan berätta är det ett svar i sig. Patienten kan vara allt från kognitivt intakt till delvis förvirrad och oförmögen att kommunicera.

Insjuknandet i hjärntumör sker oftast akut med till exempel ett krampanfall. Utredning och operation sker inom några få dagar och efterföljande behandling med cytostatika och strålbehandling startar så snart som möjligt. Patienten och de närstående har ofta inte hunnit med att ta in allt som hänt.

En 51-årig man med en stor tumör frontalt i hjärnan vaknar upp efter operation och är helt förändrad. I det fallet blir det självklart oerhört traumatiskt för hela familjen. Vart tog min man och pappa vägen? Plötsligt känner man inte igen varandra längre. Vad tänker och känner patienten själv om situationen? I mötet med patient och familj blir det extra tydligt hur viktiga närstående är, kanske behöver de helt och hållet företräda patienten? Kan jag överhuvudtaget få med mig patienten i beslut och ge information? Det uppstår etiska dilemman – hur kommunicera om en annan människa med den människan närvarande?



På vilket sätt ska man möta patient med kognitiv svikt? Vi skulle kanske behöva individualisera mer? I de lägen patienten är chockad eller kognitivt påverkad kanske vi ska vänta med samtal och besked tills den akuta fasen är över, vilket förutsätter att symtomen är övergående och inte bestående.

IDEN PALLIATIVA vården, där jag nu arbetar, tycker jag att förutsättningarna för möten och uppföljning av patienter med kognitiv svikt är annorlunda än inom akutsjukvården. Genom det arbetssätt som genomsyrar palliativ vård ökar möjligheten till kontinuitet och kommunikation lyfts fram som en av grundstenarna.

En av mina uppgifter som läkare i palliativ vård är att berätta för patient och närstående om vad som sker när patienten blir försämrad. Kroppens olika funktioner förändras vilket även inbegriper hjärnan. Närminnet kan bli sämre och tankeverksamheten långsammare, det kan bli svårt att följa instruktioner och att delta i mer komplexa resonemang. Patienter berättar att "inte nog med att kroppen blir allt tröttare och svagare, jag orkar mindre och dessutom hänger inte heller hjärnan med." Det är både påfrestande och ångestskapande för patienten när kropp och hjärna inte längre fungerar som tidigare. Vissa läkemedel som används i palliativ vård kan ibland ge kognitiva biverkningar.

För patienter som vårdas i hemmet kan hjälpbehovet öka när hjärnan sviktar. De kan behöva mer omvårdnad och ännu mer stöd av närstående.

Det ställs högre krav på personalen när man inte kan möta patienten på samma sätt som tidigare. Vi bör tänka på hur vi talar till patienter som lider av kognitiv svikt. Vi vet redan att dementa som tilltalas med "barnspråk" mår sämre och blir mer oroliga. Att göra en kognitiv analys borde vara lika självklart som en smärtanalys. Här finns en tydlig förbättringspotential".

*Berättat av överläkare
Franziska Edvinsson
för Sylvia Sauter*

En friskare känsla!

En fuktig mun kan vara en enorm lättnad när kroppen inte fungerar som den ska. Mer än 20 års erfarenhet av munvård har lärt oss att behovet av fukt varierar otroligt mycket från morgon till kväll och från person till person. Därför har vi många produkter som lindrar en torr och känslig mun. Den röda serien med mild mintsmaak och den gula serien utan smak och med extra vårdande egenskaper.

Rekommendera Proxident Munspray, Mungel, Muntork, Tuggummi och Tandkräm till din patient.



Proxident

Läs mer på www.proxident.se

Läkemedel som kan bidra till eller förvärra kognitiv svikt

TEXT // CLAES LUNDGREN

Personer som vårdas inom palliativ vård har ofta flera bakomliggande orsaker som bidrar till kognitiv svikt, till exempel allvarlig sjukdom, hög ålder, nedsatt njurfunktion, hyperkalcemi, låg syrgassaturation, infektion och läkemedelsbehandling. Många läkemedel kan störa hjärnans kognitiva funktioner, det vill säga högre mentala funktioner som minne, orientering och abstrakt tänkande.

REGLERINGEN AV BLODTRYCKET kan försämrats av kärlvidgande läkemedel och mediciner som används för att behandla hjärtsvikt, kärlkramp, Parkinsons sjukdom och högt blodtryck. Baroreflexen, som ser till att blodtrycket upprätthålls vid kroppslägesförändringar, blir mindre känslig vilket kan leda till yrsel, kognitiva störningar och svimning. Samma problematik finns också för urindrivande läkemedel, neuroleptika och tricykliska antidepressiva.

Med åren och/eller vid leversjukdom får de leverenzymerna som förändrar läkemedelssubstanser lägre kapacitet. Utsöndringen av fettlösliga läkemedel fördröjs, de måste först omvandlas till vattenlösliga ämnesomsättningsprodukter innan de kan utsöndras via njurarna. Exempel på fettlösliga läkemedel är främst olika psykofarmaka.

Fysiologiskt åldrande av njurarna, som även kan förvärras av till exempel kärlsjukdom, medför en alltmer försämrad förmåga att utsöndra vattenlösliga läkemedel eller ämnesomsättningsprodukter från fettlösliga läkemedel. En sviktande njurfunktion leder till att många av de läkemedel som används i palliativ vård behöver dosjusteras, helt tas bort eller ersätts med bättre alternativ. I första hand bör endast enbart läkemedel som har symtomlindrande funktioner behållas.

Läkemedel med antikolinerga – krämlösande effekter, kan orsaka kognitiva störningar, allt från lättare minnesstörningar till svår konfusion. Risken är särskilt stor vid demenssjukdom, eftersom den kognitiva förmågan redan är reducerad på grund av degeneration i de kolinerga nervbanorna. I en SBU-rapport konstateras en hög evidensstyrka för antikolinerga läkemedel som orsak till kognitiva bieffekter. Små doser skopolamin leder till minnesstörningar hos friska äldre och små doser amitriptylin leder till påverkan på verbalt minne. Lätta minnesstörningar är svåra att upptäcka i klinisk vardag utan en neuropsykologisk test. Om den antikolinerga effekten blir kraftig, kan detta leda till kognitiv svikt.

Bensodiazepiner

Bensodiazepiner – ångestdämpande, med lång halveringstid ger ofta upphov till kognitiva problem. Detta gäller preparat som flunitrazepam, nitrazepam och diazepam, men även sömnmedel som bensodiazepinderivaten zolpidem och zopiklon. Diazepam har en aktiv metabolit med ibland extremt lång halveringstid hos äldre. Oxazepam som saknar aktiv metabolit och har relativt kort halveringstid är att föredra i denna läkemedelsgrupp.

Opiater

Opiater generellt spelar en viktig roll i palliativ vård vid lindring av smärta och morfin även vid dyspné. Tyvärr är risken för kognitiv försämring tämligen stor vid opiatbehandling, men detta ska vägas mot effekten av smärtlindringen. Ibland kan en dosreducering av opioiden minska de kognitiva problemen utan att smärtbehandlingen försämrats, alternativt görs ett byte till annan smärtbehandling. Vid en njurfunktionsnedsättning ökar dessutom risken för att metabolitansamling av främst morfinbehandling ska öka de kognitiva problemen. Vid sviktande njurfunktion är det därför säkrast att använda en opioid som

Läkemedelsgrupper med vetenskapligt stöd för önskade effekter på den kognitiva funktionen

LÄKEMEDELGRUPP	STUDERADE LÄKEMEDEL	EVIDENSSTYRKA
Antikolinerga läkemedel	Skopolamin	1 (= stark)
Benzodiazepiner	Diazepam	1
Antihistaminer	Första generationens preparat, t ex difenhydramin, hydroxizin, prometazin	1
Glukokortikoider	Hydrokortison, kortison, kortisol, prednisolon, dexametason	1
Opioider	Morfin, hydromorfon, oxycodon	1
Krämpmedel vid epilepsi	Karbamazepin, fenytoin, fenobarbital	2 (= måttligt stark)
Tricykliska antidepressiva	Amitriptylin, imipramin	2
Medel vid Parkinsons sjukdom	L-dopa, antikolinerga medel	3 (= begränsad)
Neuroleptika	Haloperidol	3



inte ger aktiva metaboliter, som metadon och fentanyl. Opioidrelaterad kognitiv dysfunktion tenderar att vara subtil i de tidigare stadierna av svår sjukdom, men kommer sannolikt att försämrast när sjukdomen försämras. Det är därför viktigt med kontinuerlig klinisk bedömning, identifiering av riskfaktorer för kognitiv svikt och minimering av dessa riskfaktorer.

Tricykliska antidepressiva

Tricykliska antidepressiva som amitriptylin, har en centralt verkande antikolinerg effekt och medför en avsevärd risk för kognitiv svikt. Dessutom kan dessa läkemedel framkalla ortostatisk hypotension, som i sig kan utlösa ett förvirringstillstånd. Mirtazapin och venlafaxin utgör bättre alternativ vid depressionsbehandling.

Bland neuroleptika finns preparat med antikolinerga egenskaper, högdosneuroleptika och ortostatiska reaktioner, vilket innebär stor risk för kognitiv svikt. Levomepromazin är mest potent i detta avseende och är ett högriskpreparat, medan haloperidol är något mindre potent. Samtliga NSAID-preparat kan ge upphov till kognitiv påverkan.

Furosemid och övriga loopdiuretika har antikolinerga egenskaper och kan ge upphov till kognitiva besvär speciellt vid högre dygnsdosering. Spironolakton kan också ge upphov till konfusionsstillstånd och tillhör en mellanriskgrupp.

Kortison ger ofta kognitiv problematik vid högre dosering.

NÄR LÄKEMEDELSBEHANDLINGEN inte längre kan fortgå, avslutas den på det sätt som ger minst skadliga konsekvenser. Om läkemedlet kan ge utsättningsreaktioner, bör om möjligt behandlingen fasas ut så skonsamt som möjligt. Men hastigheten på utfasningen ska balanseras mot allvarlighetsgraden av läkemedlets bieffekter. Om det till exempel ger svår kognitiv svikt kan läkemedlet behöva fasas ut tämligen snabbt, trots stor risk för utsättningsreaktioner.

Om läkemedlet däremot inte ger utsättningsreaktioner, ska behandlingen avslutas direkt, utan successiv utfasning. Om inte detta sker kommer biverkningar/interaktionseffekter att kvarstå en onödigt lång tid, vilket inte är försvarbart om en god palliativ vård ska erbjudas.

”

Det är viktigt med kontinuerlig klinisk bedömning, identifiering av riskfaktorer för kognitiv svikt och minimering av dessa riskfaktorer

Att tänka på vid läkemedelsbehandling i palliativ vård:

- Undvik om möjligt läkemedel med hög risk för kognitiva problem.
- Undvik samtidig behandling med läkemedel som var för sig medför hög risk för kognitiva problem, som amitriptylin och diazepam.
- Undvik negativa förstärkningseffekter mellan läkemedel, som interaktionen mellan amitriptylin och flukonazol.
- Följ effekter och spåra bieffekter av läkemedel, även de som funnits med ett tag.
- Undvik höga serumnivåer av riskpreparat. Ge låga doser och fördela över dygnet.



Claes Lundgren

Överläkare vid Avd för Klinisk Farmakologi, Norrlands Universitetssjukhus. Specialist i allmänmedicin. Diplomerad i Palliativ Medicin. Författare till FAS UT - att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedel.

Smärtskattning av patienter som sviktar kognitivt

TEXT // CAROLA LUDVIGSSON

Patienter med kognitiv svikt eller med demenssjukdom är ofta både underdiagnostiserade och underbehandlade när det gäller smärta. Anledningen är okunskap och avsaknad av riktlinjer för systematisk smärtskattning. Även bristen på kunskap om palliativ vård är ett hinder för att förstå varför smärtskattning är viktigt. Så här gjorde och tänkte vi för att systematiskt smärtskatta patienter med kognitiv svikt

I SAMBAND MED ett projekt i Umeå kommun upptäcktes 2012, att endast tolv procent av de som registrerats i Svenska palliativregistret var smärtskattade i livets slut. Ett resultat som vi då delade med resten av Sveriges kommuner. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd ska systematisk smärtskattning i palliativ vård prioriteras högt och vi beslutade att det var något vi ville förbättra.

Inte i första hand på grund av det låga resultatet utan framförallt för att studier visar att personer som inte kan verbalisera sina symtom oftast får sämre smärtlindring. Vi bildade en projektgrupp, som initialt bestod av mig, två undersköterskor och MASen. Målet var att öka kunskapen och utarbeta rutiner kring systematisk smärtskattning för att vårdtagarna, som inte kunde verbalisera sina symtom, skulle få en bättre bedömning och uppföljning av sina symtom.

Parallellt påbörjade jag en studie för att undersöka vårdbi-trädens, undersköterskors och sjuksköterskors upplevelse i samband med smärtskattning hos patienter med kognitiv svikt. Studien gjordes tillsammans med Svenska Palliativregistret och Umeå universitet. Jag Intervjuade personalen både innan smärtskattningsinstrument började användas och efter att smärtskattningsinstrument införts. Resultatet visade att personalen innan smärtskattningsinstrumentet infördes tyckte att det var svårt att upptäcka symtom och att man då oftast utgick från sina erfarenheter och sin kliniska blick. Med smärtskattningsskala gick man från att tro till att veta - om patienten hade ont. Studiens resultat sporrade oss ytterligare för att få till en bra rutin för smärtskattning vid vård i livets slut.

PÅ SÄRSKILDA BOENDEN i Umeå kommun har många vårdtagare någon form av kognitiv svikt och svårt att verbalisera sina symtom, särskilt vid livets slut. Många har dessutom även andra grundsjukdomar som kan ge svår smärta. Det kräver kunskap och verktyg för att upptäcka kombinationer av symtom som kan uppstå för denna patientgrupp.

Abbey Pain Scale - APS valdes ut som en lämplig och inte alltför tidskrävande skattningsskala och skulle användas på alla boenden i Umeå kommun. APS beskriver på ett enkelt sätt

symtom på smärta utifrån kroppsliga förändringar, röst/ansiktsuttryck, förändrat beteende, synliga skador och kroppsspråk. Efter att en vårdgivare har studerat patienten en stund besvaras sex frågor. Svarsalternativen adderas och en slutsumma visar om patienten har: ingen smärta/mild smärta/medelsvår smärta/svår smärta.

VID INFÖRANDET AV APS fanns ingen rutin eller manual för att hantera smärtskattningsskalan så en sådan upprättades tillsammans med MASen och Svenska Palliativregistret. Vi beskrev varför, när, hur och av vem skattningen skulle utföras och att detta skulle dokumenteras i verksamhetssystemet. Rutinen skulle underlätta användandet samtidigt som den innehöll information som kunde räta ut eventuella frågetecken. Idag finns liknande rutiner som den vi tog fram – se www.palliativ.se

I samband med införandet av skattningsskala kände många sig osäkra när bedömningen skulle göras. Därför skrevs det i manualen att det kunde vara bra att utföra skattning tillsammans med en kollega eller att var och en gjorde en skattning som sedan jämfördes och diskuterades, så många gånger tills man kände sig säkra. Vi poängterade vikten av utvärdering efter utförd symtomlindring, både av farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder.

Brist på kunskap om palliativ vård var ett hinder för att alla förstå varför smärtskattning var viktigt och för att komma vidare måste kunskapen om palliativ vård förbättras. I en utbildningssatsning i palliativ vård som riktade sig till all omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen på särskilda boenden i Umeå kommun, synliggjordes problematiken med smärta hos patienter med kognitiv svikt då de har svårt att verbalisera sina symtom. Bland annat poängterades under halvdagsutbildningen att det inte alltid är "skrik" eller "aj" som är symtom på smärta utan smärta kan visa sig på många andra sätt såsom oro, matvägran, rastlöshet, ökad puls, förändrad kroppstemperatur med mera. Det går lättare att upptäcka dessa tecken med smärtskattning.

Sjuksköterskorna fick en halvdagsföreläsning i palliativ vård av läkare som arbetar inom avancerad hemsjukvård och de skulle innan detta tillfälle ha genomgått den webbaserade palliativa utbildningen som Regionalt Cancercentrum - RCC tillhandahåller.



Ett skattningsinstrument för smärta hos personer med nedsatta funktioner eller som inte kan verbalisera smärta. Medan patienten observeras fyll i aktuell poäng i fråga 1 till 6.

Namn:..... Personnummer:.....

[illegible]

Addera svarspoängen på fråga 1-6, 1-2poäng = ingen smärta, 3-7poäng = mildsmärta, 8-13poäng = medelsvår smärta, > 14poäng = svår smärta

Beslutad i samverkansrådet 2011-09-x
Ansvariga: palliativa ombuden i Öster

Den version av APS som används i Umeå kommun, där det går att registrera flera skattningar på samma blad för att på så sätt enkelt följa hur symptomen varierat över dygnet/dygnen.

“

Lyckat förbättringsarbete kräver att man inte ger upp

EFTER UTBILDNINGSSATSNINGEN sammanställdes en "Palliativ pärm" som finns tillgänglig på alla avdelningar och enheter i Umeå kommuns särskilda boenden. Där kan personalen ta del av informationen som innehåller allt från basal omvårdnad till mer avancerad smärtbehandling. Varje vår utbildas nya vikarier och fast personal om hur viktig smärtskattning och uppföljning är.

På våra boenden är det tänkt att sjuksköterskan ska initiera smärtskattningen men idag finns det många undersköterskor och vårdbiträden som själva tar initiativ till att smärtskatta. Sjuksköterskans roll är att visa och entusiasmera vårdbiträden och undersköterskor då det är dessa som i första hand utför själva skattningen.

Nya sjuksköterskor i kommunen ser smärtskattning som en självklarhet.

Uppföljning av smärtskattning liksom av andra viktiga parametrar i palliativ vård sker med hjälp av statistik i Svenska Palliativregistret. Dödsfallsenkäten registreras senast fem dagar efter dödsfall och månatligen skickas statistik och kommentarer till varje enhet och till enhets- och verksamhetschefer. De får

kommentarer utifrån sin egen statistik, både positiv feedback och synpunkter på förbättringsområden. På APT eller teamträffar reflekterar man över resultatet och tittar på hur förbättringar ska göras.

I STUDIER BESKRIVS att ett lyckat förbättringsarbete kräver introduktion, re-introduktion, kontinuerlig information och insatser och att inte ge upp. Många gånger har jag upplevt mig själv som tjugig och tänkt att det kanske skulle fungera utan att ständigt påminna..... vi ser dock i andra kvalitetsregister att resultatet dalar där man inte kontinuerligt följer upp.

Jag har haft möjlighet att på ett strukturerat sätt införa och följa upp rutiner kring systematisk smärtskattning samt ökat kunskapen hos personalen om smärtskattning och palliativ vård. Som sjuksköterska och verksamhetsutvecklare i palliativ vård i Umeå kommun har jag erfarit, att för ett lyckat resultat krävs just det som studierna visat. Förändringsarbete kräver avsatt tid, engagemang och envishet. Idag smärtskattas cirka 80 procent av de som bor på Umeå kommuns särskilda boenden.

Artikeln med referenser finns på www.nrvp.se



Carola Ludvigsson

Leg. sjuksköterska och verksamhetsutvecklare i palliativ vård i Umeå kommun.

Använd den kliniska blicken för att observera symtom

TEXT // URBAN EKMAN

En stor utmaning för kliniker i palliativ vård är att bedöma om observerade kognitiva symtom beror på neuropatologi, annan patologi eller om det finns andra underliggande orsaker. Åldrande är generellt den enskilt största riskfaktorn för att utveckla kognitiv svikt och demens men orsakerna till de kognitiva nedsättningarna varierar kraftigt.

PATIENTER I OLIKA SKEDEN av den palliativa sjukdomsfasen kan ha kognitiva nedsättningar som härrör från smärta, ångest, delirium, stress, depression, kardiovaskulär problematik eller sömnstörningar med mera. Det är därför mycket viktigt att ta reda på bakomliggande orsaker till den kognitiva svikten och att ta hänsyn till hur orsakerna eventuellt påverkar patientens kognition.

DE OBSERVATIONER SOM används när personer söker för misstänkt kognitiv svikt på vårdcentralen eller på en minnesmottagning kan med stor behållning även användas för patienter i den palliativa vården. En viktig faktor att ta med i beräkningen är patientens premorbid förmåga, det vill säga hur personen har fungerat kognitivt tidigare. Hur ser den kognitiva funktionsnivån ut i förhållande till utbildningsnivå, yrke och annat? Förändring över tid är, om möjligt, centralt att observera och här är en dialog med både patient och närstående av yttersta vikt. I en formell utredning av kognitiv svikt är kognitiva tester och biologiska markörerna en stor och viktig del. Att ha möjlighet att göra kognitiva tester och skattningar tillför mycket till bedömningen och rekommenderas ofta. Dessa tester kan göras upprepade gånger vid behov för att notera eventuell progress. Dock är det inte alltid som objektivt testade mått överensstämmer med självskattningar och de är inte alltid lämpliga eller möjliga att utföra på patienter i den palliativa vården.

FÖRUTOM TESTER ÄR kliniska observationer och konversationer med patienten oerhört viktiga för att få en uppfattning om hur personen fungerar kognitivt och om en eventuellt utökad utredning ska initieras. Observationer är viktiga bland annat för att förklara/bekräfta testresultat men de har också ett egenvärde för att ge en bild av hur patienten fungerar i vardagen. Eftersom episodminnesproblematik, händelser som man personligen kan relatera till i tid och rum, är ett kardinalsymtom som ofta är påverkat i tidig skeden av kognitiv svikt, är dessa viktiga att uppmärksamma.

- *Problem med episodminnet kan bland annat observeras då repetitivt frågeställande ofta förekommer eller att samma sekvenser berättas upprepade gånger.*
- *En ökat behov av listor och andra anteckningar som stöd för minnet kan även det vara en hållpunkt att notera.*
- *Personer kan även få ökade svårigheter att namnge olika objekt samt namn på personer i deras närhet.*
- *Det kan också handla om svårigheter att över tid komma ihåg handlingen i filmer eller ha svårigheter att ta till sig läsning av böcker.*
- *Att förlägga sina saker är vanligt förekommande.*
- *Svårigheter att hitta och navigera i både kända och okända miljöer kan förekomma. Ett bristande lokalsinne kan både vara relaterat till minnet men även till det man ofta kallar för visuospatiala funktioner, det vill säga förmågan att uppfatta och tolka avstånd, avgöra storleksskillnader och att orientera sig i rummet rent generellt.*

Förutom att observera minnesrelaterade hållpunkter är även andra kognitiva funktioner viktiga att iaktta såsom till exempel uppmärksamhet och kognitiv processhastighet. Vid åldrande påverkas ofta den kognitiva processhastigheten men även hos yngre kan patologi eller livskriser påverka processerna.

- *Med vilken processhastighet utförs uppgiften, hur är uthålligheten och blir personen eventuellt frustrerad vid genomförandet av uppgiften?*
- *Har det blivit svårare att fokusera och att bibehålla uppmärksamheten på uppgiften över tid?*



HUR TAR SIG personen an uppgifter hon eller han ställs inför med endast liten tidigare erfarenhet att hålla sig till? I dessa fall behöver man visa kognitiva processer som ofta benämns som exekutiva funktioner, det vill säga högre tankemässiga funktioner som att planera, genomföra och utvärdera nya situationer man ställs inför. Eftersom prefrontala cortex inte är färdigutvecklat förrän runt tjugofårsåldern är dessa funktioner generellt underutvecklade hos barn och ungdomar och viss försiktighet krävs därför i tolkningarna.

- Kan man observera svårigheter att påbörja handlingar?
- Kan fokus upprätthållas och avslutas uppgiften adekvat?
- Används rimliga strategier för att utföra uppgifterna?
- Utvärderas och förändras strategierna eventuellt kontinuerligt om det är nödvändigt?

Ytterligare beteendemässiga reaktioner som ibland följer med kognitiva förändringar av exekutiv karaktär är:

- Förmågan till impuls kontroll – kan personen adekvat reglera sina emotioner?
- Kognitiv flexibilitet som innebär att hantera flera parallella uppgifter/tankegångar.
- Går det att iakttä förändringar i förmågan att tillgodogöra sig feedback och att ha insikt om sin situation och prestation?

HÄR ÄR DET viktigt att bedöma om personen har en sådan personlighetstyp sedan tidigare eller om detta står för en reell förändring. Kontakten med närstående är viktig och kan underlätta bedömningen. Det är precis som vid annan kognitiv patologi

centralt att försöka få en uppfattning om eventuella beteendeförändringar över tid, då dessa ofta kan samverka.

Språkliga störningar kan också uppkomma.

- Det kan till exempel bli svårare att hitta rätt ord för olika objekt och saker. Detta kan som ovan beskrivits även vara relaterat till minnet.
- Andra språkliga svårigheter kan relatera till problem med att artikulera och producera ord. Det kan också handla om att ordflödet inte kommer lika naturligt som tidigare.
- Det abstrakta tänkandet kan vara påverkat och det kan bli svårare att förstå ordspråk eller ironi.
- Tecken på apraxi - svårigheter att utföra tidigare självklara aktiviteter av praktisk karaktär – kan också vara en hållpunkt att ta fasta på.
- Om det blir svårare att utföra tidigare inlärd motoriska uppgifter utan att motoriken i sig är påverkad.
- Även andra neurologiska symptom kan föregå eller följa parallellt med olika typer av kognitiv svikt. Dessa svårigheter är inte svikt eller eventuell demensutveckling.

SAMMANFATTNINGSVIS ÄR DET klart att kognitiva nedsättningar i många fall påverkar den drabbade i vardagen och det leder ofta till minskad livskvalitet. En korrekt bedömning av kognitiv svikt i kombination med adekvat behandling och stöd, kan i bästa fall lindra konsekvenserna.



Urban Ekman

Leg. psykolog, med dr

Skillnaden mellan fullmakt och framtidsfullmakt

TEXT // PÅR RAHMSTRÖM

En fullmakt är en förklaring av fullmaktsgivaren, det vill säga den som utfärdar fullmakten, att fullmäktigen, det vill säga den som tar emot fullmakten har rätt att agera för dennes räkning. En fullmakt i dess allra enklaste form, är ett muntligt besked om vad innehavaren av fullmakten får göra. Fullmakter är emellertid nästan alltid skriftliga för att undvika oklarheter. I vissa fall accepteras endast skriftliga fullmakter, till exempel vid avyttring av fast egendom.

Oklarheter vid beslutsförmåga

En fullmakt kan återkallas och upphöra om den som utsetts till fullmäktige avlider. Däremot fortsätter den att gälla även om fullmaktsgivaren själv avlider, om inte särskilda skäl talar emot, till exempel att fullmakten är tidsbegränsad.

Att fullmakten fortsätter att gälla bygger på att det kan antas viktigt att fullmaktshavaren ges möjlighet att fullfölja sitt uppdrag, vid till exempel en bouppteckning. Idag råder det delade meningar om huruvida en vanlig fullmakt är giltig eller inte om fullmaktsgivaren förlorar sin beslutsförmåga, till exempel vid demenssjukdom. Med en framtidsfullmakt försvinner denna otydlighet, då kommer den att fortsätta gälla. Men. En fullmäktig kan inte med stöd av vare sig en vanlig fullmakt eller en framtidsfullmakt fatta beslut om medicinsk vård avseende fullmaktsgivaren, vilket inte heller en förvaltare, god man eller anhöriga kan göra.

FRAMTIDSFULLMAKTEN ÄR ALLTSÅ

en ny form av ställföreträdarskap som redan finns i en del andra länder. Tanken med en framtidsfullmakt är att det ska vara möjligt att själv bestämma vem som ska fatta beslut åt dig i framtiden, om och när du själv inte längre är beslutskapabel. Behovet av någon form av framtidsfullmakt har diskuterats i Sverige till och från under ett antal år. Enligt lagförslaget ska framtidsfullmakten i första hand vara ett komplement till god man och förvaltare och vanlig fullmakt.

En framtidsfullmakt kan upprättas av den som fyllt 18 år och är beslutskapabel. Framtidsfullmakten ska i likhet med ett



testamente bevitnas av två samtidigt närvarande personer, vilka ska känna till att det är en framtidsfullmakt de bevitnar. Fullmakten kan omfatta både ekonomiska och personliga angelägenheter, som att ansöka om särskilt boende eller att kunna bistå fullmaktsgivaren vid vårdkontakter men omfattar inte vård eller tandvård. Familje- och arvsrättsliga ärenden, såsom till exempel äktenskaps-skillnad och upprättade av testamente, omfattas inte heller.

DET ÄR FULLMAKTSHAVAREN själv som avgör när framtidsfullmakten träder i kraft med möjlighet att få frågan prövad av domstol. Domstolen tar då ställning till om fullmaktsgivaren förlorat sin beslutsförmåga i tillräckligt hög grad. Återfår fullmaktsgivaren sin beslutsförmåga får framtidsfullmakten anses ha förlorat sin verkan även om det inte uttryckligen framgår av lagförslaget. En framtidsfullmakt kan återkallas av fullmaktsgivaren

så länge denne är beslutskapabel. Återkallandet sker lämpligen genom att dokumentet förstörs. En framtidsfullmakt ska kunna lämnas till fler än en person. Det kan till exempel vara så att två personer får olika områden där de företräder fullmaktsgivaren. Överförmyndaren ska vid missbruk av framtidsfullmakten kunna förbjuda fullmäktigen att använda densamma. En lag om framtidsfullmakter beräknas träda i kraft 1 juli 2017 och kommer att medföra följdändringar i viss redan befintlig lagstiftning såsom föräldrabalken, ärvdabalken, lagen om stöd och service till funktionshindrade och offentlighets- och sekretesslagen.



Pär Rahmström

Ordförande Demensförbundet och Demensfonden



Palliatör – vad är det?

TEXT // OLAV LINDQVIST

Denna gång tänkte jag ägna Språkfrågan åt ett begrepp som långsamt tycks få spridning och som väckt en del funderingar. Vad betyder det, var kommer uttrycket ifrån och hur ser du kära läsare på begreppet palliatör?

MIN ERFARENHET ÄR att uttrycket palliatör förekommer i olika palliativa sammanhang, och framförallt i samband med att läkare beskrivit sin funktion som symtomlindrare. Det är ett begrepp som är lätt att säga, komma ihåg och som ger känslan av att vara lätt att begripa – men vad betyder det egentligen?

Vid sökning på webben framgår att begreppet bland annat användes 2005 av representanter för Svensk Förening för Palliativ medicin - SFPM, för att beskriva vilka de var. "Vi kallar oss för palliatörer", vid socialtuskottets utfrågning på temat vård i livets slutskede. Det användes vid en föreläsning om framtidens palliativa vård 2010 vid 1:a Nationella Konferensen i Palliativ vård, och vid en utbildning för AT-läkare och sjuksköterskor i palliativ vård, en delkurs i specialistsjuksköterskeutbildningen inom onkologisk vård. Vid den sistnämnda ingick ett seminarium med titeln "Designa en perfekt palliatör".

MEN INTE MYCKET kunskap kan inhämtas på webben, och det talar för att ordet palliatör sannolikt används mest muntligt.

Vi behöver gå vidare och söka ordets ursprung. Om vi provar att plocka bort prickarna framgår att begreppet palliator med största sannolikhet är ännu en import från det engelska språket, många träffar blir det. Dock en rätt blandad skara av träffar och långt ifrån alla från palliativ vård. Inom vårdsektorn används begreppet framförallt om apparatur för patient-kontrollerad analgesi, så kallad "PCA" med injektions-/infusionspumpar, som till exempel "the Cardiff Palliator", och då i synnerhet inom anestesi och intensivvård. Palliator är således något som lindrar, och det är den dominerande betydelsen i den vetenskapliga litteraturen. Men det

som är intressant här är framförallt bruket av begreppet som beskrivning av en persons kompetens och funktion – den mänskliga palliatören.

Men mer precisa sökningar för "palliator" via ett par universitetsbibliotek ger ingen ytterligare information, och till exempel Pallipedia - The Free Online Palliative Care Dictionary, ger inga träffar. Dock används begreppet, kanske inte helt oväntat, i olika engelskspråkiga sociala medier kopplade till palliativ vård.

ALLTSÅ ÄR PALLIATÖR allt från något eller någon som minskar svårigheter eller lindrar, en "lindrare", till en mer precis definition som "en läkare som ger palliativ vård". Men det är ett begrepp som är svårt att få grepp om, trots att det kan ge känslan av enkelhet och begriplighet.

Så, kära läsare, vad vet du om uttrycket palliatör, vad betyder det för dig, använder du det och vad tycker du om det?

Hör av dig till tidskriften@nrpv.se med dina reflektioner. Det ser vi fram emot.



Olav Lindqvist

Leg sjuksköterska, med dr,
Umeå SFPO

Debatt

När börjar vård i livets slutskede?

JAG TILLHÖR de som håller fast vid att samma dag som vi startar kurativ/palliativ behandling mot cancer, börjar även palliativ vård - eller bör påbörjas.

FALLBESKRIVNING: 23 årig man som är allogent transplanterad får ett Allo-genttransplanterad. extramedullärt recidiv 5 månader efter transplantationen. Behandlingen reducerade tumörerna, men det gick inte att biopsa allt för att konstatera remission. En månad senare får patienten recidiv i benmärgen och i blodet och vägrar palliativ vård. Eller - vad är det som patienten vägrar...?

DET FINNS BÅDE palliativ vård och palliativ behandling i den hematologiska vården. Innehållet i palliativ vård känner alla som läser denna tidning till medan palliativ behandling ska uppfattas som den behandling som ska bromsa cancer och lindra symtomen men utan intention att bota sjukdomen. Se figur 1. Hittills är allt detta klart och lätt att förstå men problemen uppstår när man ska bestämma just vilken dag som vård i livets

slutskede startar.

För oss hematologer är det ett stort och komplicerat problem. Det finns flera orsaker och här nämner jag bara några. Patienter med en hematologisk cancersjukdom svarar bra på cytostatika, till och med efter 5:e linjens behandling kan man se tumörreduktion. Till och med avancerade former, Non-Hodgkin lymfomrecidiv, går att bota med auto- eller allogen benmärgstransplantation. Hematologer arbetar ständigt med låga trombocyter och neutrofila leukocyter och vi arbetar med logistik vilket innebär rum med slussar och vi kan ha patienterna isolerade. Vi är inte rädda när vita ligger på < 0,1 i 10 dagar. Det betyder att rädslan för hematologisk toxicitet inte leder till att ytterligare en behandling undviks. En hematolog är också specialist i internmedicin och vågar under en längre tid även utsätta patienten för behandlingar som negativt påverkar andra organ.

MÅNGA STUDIER VISAR att hematologer har svårare att prata om döden med patienterna än andra specialister.

”

Studier visar att hematologer har svårare att prata om döden med patienterna än andra specialister

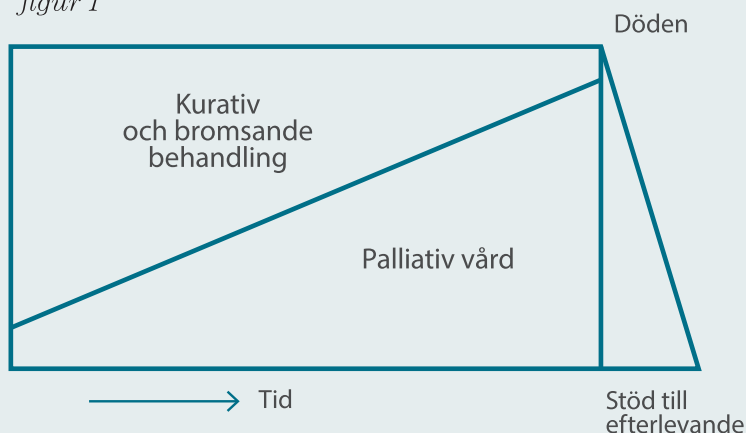
Hematologiska maligniteter har ett mycket långvarigt förlopp, exempelvis myelom 9 år, KML- Kronisk myeloisk leukemi minst 15 år och MDS 6 år, så vi hinner bli som en del av patientens familj, och då är det svårt att avsluta behandlingar och prata om döden.

Sist men inte minst, något som inte bara är hematologernas problem, nya attraktiva men otillräckligt utprovade läkemedel som lovar bot.

Detta är bara en del av problembeskrivningen och det är inte bara ett svenskt problem utan det är samma problematik internationellt. Jag kan presentera minst 8 publikationer från 2014 – 2016 där amerikanska, engelska och andra hematologer lyfter samma tankar och bekymmer.

DET STÖRSTA BEKYMRET för oss är procenttalen. Vad betyder det för patienten att chansen att bli botad, eller att bli bättre, ligger på 10 procent? Det är samtidigt 90 procents chans att patienten inte överlever. Vi som har jobbat länge, minns minst två eller tre "mirakulösa" fall där ingen trodde på bot. Samtidigt går det oftast inte att räkna ut prognosen. Bara att transplantera patienter ändrar allt och det handlar då inte längre om grundsjukdomen utan om ett nytt tillstånd: posttransplantationstillstånd. Där har man ändå lyckats få fram procenttal för olika kliniska situationer som VOD med multiorgan svikt, 90 procents dödlighet, GvHD grad IV, samma, inläggning på IVA i efterförloppet, samma

figur 1



procent för lång överlevande och vi är på nytt tillbaka till 10 procents chans att överleva.

Hur kan vi få hjälp?

Först vi hematologer, vi måste bli bättre på att bedöma prognosen men då det är brist på patologer och möjligheter till diagnostik - krävs det investeringar för att vi ska få bättre och snabbare prognostiska och prediktiva faktorer. Men allra viktigast är att bygga ut den palliativa vården. Organisera transfusioner i hemmet. Etablera transfusionsmot-

tagningar, såsom dialysmottagningar, så att vi känner oss helt säkra på att våra patienter i ett palliativt sjukdomsskede får allt de behöver - till och med utanför de hematologiska klinikerna.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Petar Antunovic

Leg läkare, Hematolog

Statistiken från två mycket respekterade hematologiska kliniker i USA visar:

Vid Massachusetts General Hospital och Vid Dana-Farbers Cancer Institut studerades vård i livets slutskede för äldre patienter med AML. Det var bara 47 av 330 patienter – 14.2 procent som överhuvudtaget haft kontakt med palliativ vård. Mediantiden från det att patienten haft kontakt med palliativ vård och till dess att patienten avled var 7 dagar.



- en mjuk väg för subcutan smärtbehandling

Godkänd
för subcutan
smärtbehandling

Fördelar med neria™ infusionset

- Enkel appliceringsteknik¹ - lätt att lära sig*
- Tunn nål - hjälper till att minska smärtan** vid applicering^{2,3}
- Integrerad vidhäftning

* Test utfört på frivilliga personer från ConvaTec - del av in vitro test
** I jämförelse med nål av typ butterfly



neria™ soft infusionset



neria™ soft 90 infusionset

¹ neria™ multi furcated infusion set, Usability Study Report December 2011, UM-1001-11U363, Data on File, Unomedical a/s.

² Chan G.C.F., Ng D.M.W. et al. Comparison of Subcutaneous Infusion Needles for Transfusion-Dependent Thalassemia Patients by the Intrapersonal Cross-Over Assessment Model, Am.J.Hematol.76:398-404

³ Parsons J., Infusion line preferences of patients prescribed apomorphine for complex Parkinson's disease, British Journal of Neuroscience Nursing, December 2009, Vol 5 No 12

För att boka möte eller för mer information, kontakta vår kundservice på 020 - 21 22 22 eller convatec.kundservice@convatec.com

ConvaTec

Tankar om dödsångest

TEXT // SOLVEIG HULTKVIST

NÄR JAG BÖRjade arbeta på hospice som kurator för snart tjugo år sedan, utan erfarenhet av att möta människor i livets slutskede och deras närstående, var jag övertygad om att många av dem skulle vara galna av ångest och förtvivlan över att livet snart skulle vara till ända. Jag trodde att jag skulle se de döende slita sitt hår och kasta sig av och an i sina sängar. Så var det inte. Oro fanns, ångest också. Men mest präglades livet på hospiceavdelningen av lugn och det rädde ofta en rofylld, ibland nästan hemtrevlig stämning.

Jag frågar några sjuksköterskor vad de tänker om dödsångest. En säger omedelbart: midazolam! Men är det bara en fråga om medicin? En annan tror att ångesten är mest märkbar när man just fått ett besked om en obotlig, dödlig sjukdom och att man oftast med tiden får en förmåga att hantera beskedet och så småningom kan komma att acceptera att man ska dö.

Henning Mankell beskriver detta i sin bok "Kvicksand". Den handlar om hur han fick ett cancerbesked och vad som utspelade sig i hans inre och yttre med anledning av beskedet.

"När jag fick veta att jag hade cancer återkom rädslan på nytt (den rädsla som Henning Mankell haft som barn efter att ha läst om kvicksand som kunde dra ner en människa och "sluka" den helt; min anmärkning). Den slog till med full kraft, kan jag nu i efterhand tänka. Den känsla jag drabbades av var just skräcken för

kvicksanden. Jag spjärnade emot att dras ner och slukas av den. Den helt paralyserande insikten om att jag hade fått en svår, obotlig sjukdom. Det tog tio dygn med få timmars sömn att hålla mig uppe och inte förlamas av rädslan som hotade att förgöra all min motståndskraft." Senare skriver han: "Och jag drogs inte ner. Till sist kunde jag kravla mig upp ur sanden och börja hantera det som inträffat. Tanken på att lägga mig ner och invänta döden fanns inte längre."

JAG TALAR MED en vän, läkare med lång erfarenhet av palliativ vård, om dödsångest. Inte heller han tycker att han ser dödsångest så ofta, och han tror också att den drabbar värst i samband med utredning och besked om en svår sjukdom. Han undrar om vi skulle upptäcka mer dödsångest om vi som arbetar i vården hade tiden och modet - ! - att föra ett aktivt samtal med den sjuke om tankar och känslor. Han tror att det finns en tvekan inför att fråga och kanske öppna denna Pandoras ask; kommer jag att kunna ta emot det som kommer upp?

Han funderar kring ångesten; det är som om den "flyter fritt" och när patienten är lugnare går ångesten ibland över till de närstående.

Vad handlar dödsångest om? Kanske är den en rörelse mellan nu och då - att sörja sig själv och livet som varit, kontra smärtan och oron som sjukdomen ger nu. Min vän betonar att ångest är vår arvedel och hör till det mänskliga livet - vi sitter alla i samma båt. Ibland kanske läkares

och vårdpersonalens egen dödsångest driver dem att behandla och åtgärda, trots att man vet att det inte är till någon nytta, snarare motsatsen. Kanske ett par öron, en blick, någon gång en hand på en axel skulle vara viktigare. Ett visat intresse, till och med humor kunde ibland hjälpa bättre mot ångesten, resonerar han.

FÖR DEN SOM har en religiös tro eller en stark kulturell förankring kan dödsångesten ibland lindras genom att riter och ritualer gör döendet förutsägbart. De närstående runt den sjuke kan ha betydelse här. Annars är ju den svenska vården mer individbaserad och patienten blir på så sätt mer ensam. Å andra sidan, som en sjuksköterska sa: "kan man inte få ligga där i sin bubbla och slippa kontakt med omvärlden då?"

Vi talar om vår egen dödsångest. Vi känner att den nog finns men att den inte är så påtaglig så länge vi är friska. Kanske oron nu gäller om vi kommer att få god palliativ vård den dag vi behöver den. Kommer kunskapen, tiden och pengarna att finnas i framtiden?



Solveig Hultkvist
Kurator

Socialstyrelsen har 2016 gjort en utvärdering av vården i livets slutskede

DEN PALLIATIV VÅRDEN är ojämlig och skillnaderna är stora i kommuner, landsting och regioner. Tyvärr visar den stora brister på smärtlindring, brytpunktsamtal, fortbildning och stöd för personal. Det finns många förbättringsområden exempelvis

- Erbjud fortbildning och handledning till personal.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam, behöver erbjuda stöd till närstående och ha rutiner för efterlevandesamtal.
- Samverka för att få en gemensam syn på processen för en god palliativ vård.
- Skapa rutiner för den palliativa vården för barn och ungdomar.
- Öka andelen patienter som får munhälsobedömning, som smärtskattas och som får brytpunktsamtal.
- Öka andelen patienter som vårdplaneras tillsammans med samtliga vårdaktörer.

Läs hela utvärderingen på www.socialstyrelsen.se

Vill du annonsera i tidningen?

Kontakta mig så berättar jag mer!

Mvh
Tanja Nilsson

tanja@adviser.se



040-643 04 05

BOKSLÄPP

Tid: 14 mars, kl 12.30

Plats: Hilton Hotel, Slussen, Stockholm

Program

Direktor Anders Andersson hälsar välkommen.

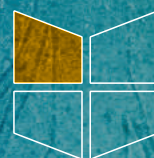
Författarsamtal med Johan Sundelöf och Karin Thunberg.

Moderator: Ulrika Lind, Betaniastiftelsen

Enklare förtäring erbjuds i samband med boksläppet.

OSA senast 10 mars

Svar till info@betaniastiftelsen.nu



PALLIATIONS PRAKTIKAN



Betaniastiftelsen

Med syfte att utveckla empati



TEXT // LENI WEILENMANN

Romaner hjälper studenter att utveckla empati. Människoöden i skönlitteraturen kan vara gripande. Nu får sjuksköterskestudenter träna sin förståelse av empati genom att prata om de känslor och tankar som väckts av böcker de läst tillsammans.

STUDENTER PÅ HALMSTADS högskola har en kurs där de läser skönlitteratur för att utveckla sin förmåga till empati. De läser romaner och patografier, det vill säga biografier skrivna av sjuka eller deras anhöriga.

Kursen projektleds av Anna FåhrAeus, som är litteraturvetare på högskolan. Att läsning av skönlitteratur påverkar känslorna och kan framkalla empati, det visar kognitiv beteendeforskning, berättar hon.

– Böckernas innehåll ger dem chansen att diskutera empati, inte bara som något man har eller inte, det är föränderligt och beror på både person och situation, säger Anna FåhrAeus.

Kristian Gidlunds biografi

En bok som ingår är Kristian Gidlunds självbiografiska "I kroppen min: resan mot livets slut och alltings början". Boken

bygger på 29-årige Kristian Gidlunds blogg, där han skrev om sin tid med obotlig cancer, innan han gick bort 2013. Han berättar i boken om sitt mående, sin rädsla och sorg, en sorg som också handlar om vad han inte ska få uppleva i framtiden, som att inte kunna få barn eller uppleva livet tillsammans med sina barn. Studenterna tror till att börja med att boken ska handla mer om själva kampen mot sjukdomen. Men en stor del av boken handlar om hans känslomässiga bearbetning av vad som händer och vad som inte kan hända.

Genom att ta del av hans berättelse kan de blivande sjuksköterskorna få en djupare förståelse för hur mycket mer en svårt sjuk person går igenom än den vård och de ibland avancerade behandlingar han får.

– Där blir studenternas diskussion som mest intressant. De förstår att samtidigt som sjukvården slukar hela hans liv, så är den bara en liten del av hur hans liv och tankar påverkas av att bli sjuk och vetskapen om att han har kort tid kvar att leva.

Medicinsk humaniora

Halmstads högskola ingår tillsammans med universiteten i Umeå, Stockholm, Linköping, Lund och Göteborg i ett nätverk för medicinsk humaniora. På

läkarutbildningen i Linköping används skönlitteratur strukturerat sedan länge som ett verktyg för eftertanke och reflektion.

Jeanette Källstrand Eriksson och Jörgen Öjervall är lärare på sjuksköterskeutbildningen på Halmstads högskola och initiativtagare till kurserna i termin 2 och 5. Den första innehåller patografier och diskussioner om empati och den i den andra lär sig studenterna begreppsanalys utifrån skönlitterära texter.

Med syfte att utveckla empatin

Läsning av skönlitteratur och patografier är inte ovanligt på andra sjuksköterskeutbildningar. Det nya på Halmstads högskola är att läsningen har ett tydligt syfte att utveckla empatin och att forskning sker parallellt med undervisningen.

Högskolan har nu också fått pengar från Vetenskapsrådet för att anordna en konferens i ämnet i september.

–Ofta tas empati för givet i vårdutbildningar, men man tydliggör det inte. Genom att diskutera sina känslor och höra hur andra läsare reagerar på samma bok, lär de sig mer om hur empati triggas, säger Jeanette Källstrand Eriksson, lektor och studierektor, Halmstads högskola.

Empatin kan skifta

En viktig aspekt av diskussionerna är



”

Böckernas innehåll ger dem chansen att diskutera empati, inte bara som något man har eller inte, det är föränderligt och beror på både person och situation

att också förstå hur empatin kan skifta under en situation.

I en av böckerna har en ung man skadats i en trafikolycka och de starka läkemedlen gör att han förlorar sin förmåga att få erektion. I en scen när sjuksköterskorna tvättar honom tar han upp sin oro över det.

– Där skiftar empatin plötsligt över från patienten till sjuksköterskorna som vårdar honom. Studenterna tycker att sjuksköterskorna hamnar i en svår situation som de inte kan hantera eller lösa.

En av studenterna i diskussionsgruppen kom efter en stund fram till en lösning och föreslog att i liknande situationer kunde sjuksköterskor informera alla patienter som får läkemedlet att den kan orsaka tillfälliga erektionsproblem.

Att orka visa empati

Empatin kan också dämpas eller byta fokus från patienterna till vårdpersonalens pressade situation.

– Idag vet vi att det förekommer empatitrötthet i vården, det vill säga sjuksköterskor som inte längre orkar visa den empati och ge den omvårdnad patienter och anhöriga behöver. Därför är det viktigt att för ett hållbart yrkesliv att utveckla och diskutera vad som kan ske med empatin, säger Jeanette Källstrand Eriksson.

Studenterna påminns genom böckerna att det som för sjuksköterskor kan verka vara en enkel händelse i själva verket kan vara komplex för patienten och väcka frågor om etik. Till exempel kan sociala attityder och familjehemligheter vara tunga för den sjuke att bära.

Morbror dör i aids

En bok i kursen som väcker tankar om det är romanen ”Låt vargarna komma in”. Den handlar om en 14-årig flicka vars morbror dör i aids. Han var en mycket viktig person i hennes liv. Hon lär sig att förstå mer om förhållandet mellan honom

och hennes egen mamma, som inte accepterade att han var homosexuell.

– Studenterna tycker att böckerna är otroligt intressanta. Vi vill väcka en livslång lust att läsa skönlitteratur. En första bok väcker empatin för en stund, men den avtar såklart. Men ett livslångt läsande kan påverka empatin för lång tid.

Sammanställer forskningsresultat

Anna FährAeus har själv deltagit i studenternas reflektionsgrupper i två år. Nu har hon tagit paus för att färdigställa den första forskningen på arbetet.

Studenterna har fått svara på en enkät och även utveckla sina svar om hur de reagerar på romanerna. De har också skrivit reflektioner om vad de lärt sig och vad de lärt sig och vad de velat ha annorlunda.

Enkäten är baserad på fyra olika teoretiska modeller för empati. Nu ska hon se hur resultatet förhåller sig till dessa.

Texten har tidigare varit publicerad i Vårdfokus



Leni Weilenmann

Journalist, leg sjuksköterska

Möt en
specialist!



Karin Rahm Björneld

Öron- näs- och halskliniken
på Länssjukhuset i Kalmar

Tidig och smidig palliativ ÖNH-vård i Kalmar

TEXT // EVELYN PESIKAN

Täta samarbeten med andra vårdenheter och en väl genomtänkt organisation av den palliativa vården för patienter med ÖNH-tumörer. Öron- näs- och halskliniken på Länssjukhuset i Kalmar har utvecklat en välfungerande och patientvänlig vårdkedja för de cancerpatienter som inte kan botas.

KARIN RAHM BJÖRNELD är ÖNH-specialist men har alltid haft ett särskilt intresse för onkologi och palliativ vård.

— Jag är verksamhetschef och tumöransvarig här på ÖNH-enheten. Vi har cirka 12 000 besök varje år i öppenvården och vi har omkring 20 nya tumörfall varje år som kräver specialistvård. All kurativ onkologisk behandling sköts på Linköpings Universitetssjukhus men den palliativa vården, inklusive smärre operationer och palliativ strålning, utför vi på här på sjukhuset i nära samarbete med hemsjukvården och enheten för palliativ medicin.

SEDAN 2010 sker multidisciplinära tumörkonferenser i regionen via video-länk, vilket bland annat innebär att de patienter som får palliativ vård slipper resa till Linköpings Universitetssjukhus som ligger 23 mil från Kalmar.

— Vi håller i patienterna tills de är klara och har tre doktorer här som ansvarar för utredningen av cancersjukdomar. Beslut om brytpunktsamtal tar vi tillsammans med kollegorna i Linköping men det allra första samtalet genomförs alltid här tillsammans med en kontaktsjuksköterska. Det är vi som äger processen och vi har sett till att ledtiderna är så korta som möjligt.

— När det gäller icke behandlingsbara tumörsjukdomar inom ÖNH-området börjar den palliativa vården ganska tidigt. Ofta är förloppet långdraget så vi har hand om patienterna länge. De allra flesta kan vårdas hemma med hjälp av primärvård/kommun och det palliativa vårdteamet PRIK som vi arbetar tätt tillsammans med. Det handlar om viktig symptomlindring i form av smärtlindring, nutrition, rengöring av nekroser och hjälp med munvård. Tandläkarna har en mycket viktig roll när det gäller dessa patienter, liksom logopeder. Vi ger också palliativ cytostatika vid behov.

KARIN RAHM BJÖRNELD har även kämpat för att ÖNH-kliniken ska få ha kvar en fast kurator som är väl insatt i den speciella problematik som präglar den här typen av tumörer.

— Det fanns planer på att ta bort denna möjlighet men vi har lyckats förhindra det. ÖNH-cancer påverkar ofta livskvaliteten i hög grad. Det är påtagligt i vanliga sociala situationer eftersom det kan leda till svårigheter att prata och att äta. Då väldigt mycket i vår samvaro kretsar kring just sådant inverkar det på det dagliga livet mer än vad andra tumörformer gör.

MÅNGA AV VÅRA patienter har därför ett stort behov av psykosocialt stöd, säger hon och tillägger att det finns en grupp på vårdavdelningen som arbetar med förbättringar inom omvårdnaden.

Endast ett fåtal av patienterna dör på sjukhuset men det finns enkelrum för de allra svårast sjuka.

— Det finns en medvetenhet här om betydelsen av god palliativ vård och det tar inte mer resurser att göra rätt från början, fortsätter hon och berättar att hon precis tackat ja till att bli processledare inom ÖNH på Regionalt Cancer Centrum - RCC Sydost, ett uppdrag hon ser fram emot.



Från vänster till höger: Karin Rahm Björneld, överläkare, Ann-Marie Torstensson kontaktsjuksköterska, May Hultenius kontaktsjuksköterska, Annika Elmqvist medicinsk sekreterare, koordinatör.

Gissa vilken produkt som fått ett väldigt fint pris?

medi



”Världens mest innovativa produkt inom sårbehandling”

Så lyder utmärkelsen som vårt justerbara bandage circaid juxtacures nyligen belönades med.

Priset delades ut av *Journal of Woundcare* under årets världskongress för sårbehandling, *World Union of Wound Healing Societies 2016*, i Florens, Italien.

En förutsättning för att läka bensår är att först reducera svullnad. Förr i tiden bandagerade man. Idag justerar man. Det är effektivare, enklare och billigare. Läs mer på vår hemsida.



Sociala medier när livet står på spel – en skör livlina

TEXT // YVONNE ANDERSSON

Via smarta mobiler bär vi med oss möjligheten att ständigt vara uppkopplade, ständigt nåbara och ständigt närvarande på olika sociala plattformar. Men vad betyder detta för människor existentiellt, i samband med svåra sjukdomar och i livets slutskede? Några enkla svar på den frågan finns inte, men i artikeln tas några aspekter av forskningen upp i ett resonemang om de sociala mediernas styrkor och svagheter i samband med allvarlig sjukdom och döende.

SVERIGE ÄR IDAG ett i allra högsta grad uppkopplat land. Barn börjar använda internet redan i två-tre-årsåldern och svenska pensionärer använder internet i förhållandevis hög grad. Sedan några år tillbaka har internetanvändningen karaktäriserats av särskilt två tendenser: ökad mobilitet och användning av sociala medier, inte minst Facebook.

Den svenska forskaren i palliativ vård, Lisa Sand, använder begreppet "livslänkar" för att beskriva de coping-strategier cancerpatienter använder sig av i livets slutskede för att skydda sig mot ohanterliga känslor inför sin egen annalkande död. Att kunna förstå och kontrollera sin tillvaro är fundamentalt för den existentiella tryggheten, inte minst inför döden, men eftersom döden är okänd för oss kan vi inte finna någon trygghet där. Istället vände sig Sands patienter till livet, till det igenkännbara, hanterbara och i viss mån kontrollerbara, som skulle kunna fungera trygghetsskapande. De länkade sig "till livets trygga vardaglighet, till det som fungerar och inte gör ont i kroppen, till gemenskap, till källor av mening och hopp och till allt det som fortsätter antingen konkret eller symboliskt".

Eftersom internet och sociala medier idag är så integrerade i många människors vardagliga liv skulle kanske även användandet av dem kunna betraktas som livslänkar, eller som "livlinor" vilket är det begrepp som ibland dyker upp i bloggar och forum där människor kommunicerar om döden och svåra sjukdomar. Det finns åtminstone tre aspekter, eller dimensioner, av sociala medier som kan bidra till denna funktion.

Den informativa dimensionen

En amerikansk studie av hemsidor skapade av kvinnor med bröstcancer fann redan 2004 att begreppet "livlina" användes, främst syftande på internets värde som informationskälla. Den nya informationstekniken var enligt kvinnorna en enorm resurs för att finna information om sjukdomen, möjliga behandlingsformer och prognoser. De beskrev sig själva som att de beväpnade sig med information för att kunna hantera sin situation och sitt liv som patient i mötet med läkare och annan vårdpersonal.

GENOM ATT ÖKA sina kunskaper upplevde de ökad kontroll. I analyser av svenska cancerbloggar på 2010-talet som jag själv har gjort har betydelsen av denna informativa dimension bekräftats. Dels värdet av att kunna ta del av information från många olika källor, inte minst från andra patienter som delar med sig av sina erfarenheter, dels värdet av att själv få berätta och sprida informationen vidare till anhöriga som undrar men som inte alltid vill eller vågar fråga. Här finns ibland en stark vilja att upplysa och varna allmänheten: man varnar för beteenden som kan orsaka sjukdomen, för symptom man bör se upp med, och så vidare och man delar ut råd till både anhöriga och medpatienter baserade på sina egna erfarenheter.

Ofta uttrycks en önskan i cancerbloggar att de egna erfarenheterna ska kunna bidra till något större och därmed bli meningsfulla. Informationen handlar således både om kunskap och om delaktighet.

Den gemenskapande dimensionen

Det "sociala" i sociala medier kan få extra dignitet i svåra livssituationer. I bloggarnas kommentarfält finner man åtskilliga exempel på hur de kan fungera som mötesplatser för människor med liknande erfarenheter. Här kan andra människor som själva gått eller går igenom liknande situationer som bloggaren diskutera, dela med sig av tips och råd eller uppmuntrande, stöttande ord när livet känns tufft. Påfallande ofta är det dock personer utan liknande erfarenheter som kommenterar och uttrycker sitt deltagande på olika sätt. I brist på fungerande ord i det befintliga språket uppfinns egna, såsom "styrkekramar", och genom ett intensivt användande av skiljetecken och emoticons uppstår en sorts empatisk kommunikation mellan människor som egentligen inte känner varandra. Både nya och gamla gemenskaper kan på så sätt formeras.

Den konkretiserande, förankrande dimensionen

Internet och sociala medier finns idag med oss överallt via de smarta mobilerna. MIT-forskaren Sherry Turkle beskriver mobiler som "relation artefacts" vilka gör användarna ständigt uppbundna, genom ständig uppkoppling, men samtidigt också (för)delade, eller närvarande, i den fysiska världen och världen - livet - online. Mobilerna fungerar som en sorts övergångsobjekt vilka möjliggör denna samtidiga närvaro. Men vad Turkle särskilt betonar är de känslomässiga och personliga band människor utvecklar i förhållande till mobilen som föremål och den trygghet mobilen idag symboliserar. Den symboliserar hela våra sociala liv, vilka vi är och vad vi gör. Att bokstavligen hålla mobilen i handen under ett sjukhusbesök kan alltså ha större trygghetsskapande betydelse än vi kanske tror.

MOBILEN FÖRKNIPPAS idag gärna med selfies och i cancerbloggar är det inte alls ovanligt med selfies tagna i sjukhusmiljö, till exempel bilder tagna under pågående cytostatikabehandling, och selfies som dokumenterar och visar upp de förändringar personen går igenom. Användande av mobiler i sjukhusmiljö kan givetvis vara problematiskt av flera skäl, men för den individuella användaren kan det vara betydelsefullt. Dels för att en selfie som laddas upp i samma stund som den tas ofta genererar omedelbara kommentarer varmed patienten kan få stöd på distans, utan fysisk närvaro av släkt och vänner. Dels för att mobilen och sociala plattformar som Facebook, eller den egna bloggen, för användarna utgör normalitet och välbekant vardag. När en selfie laddas upp länkas jaget till något välbekant och tryggt. För att parafrasera Sand: "på Facebook/bloggen var jag innan jag blev sjuk

och så länge jag uppdaterar min status där kan jag väl inte dö." Mobilen och sociala medier utgör trygg vardagslunk och skulle därmed kunna fungera existentiellt trygghetsskapande på samma sätt som Sand menar att andra vardagliga aktiviteter gör, det vill säga som "livslänkar" – jag finns på Facebook/bloggen, alltså existerar jag ännu – och som länkar, linor, eller "övergångsobjekt" mellan det gamla och det nya, okända livet patienten tvingats in i och måste förhålla sig till.

Livlinans svagheter

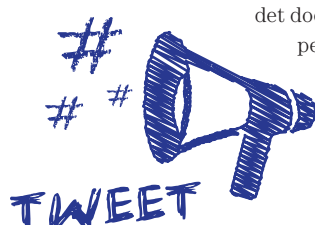
Det finns dock även baksidor av medieanvändandet i samband med svåra sjukdomar och sorg. Så kallade nättroll kan dyka upp i cancerbloggar och till exempel ifrågasätta bloggarens äkthet och allmänt uppträda respektlöst och sårande. Det finns även exempel på välmående råd som är direkt felaktiga, eller som lägger sig i lite för mycket. Att lämna ut sig själv på det sätt som cancerbloggare gör medför risker. Dessa mer problematiska aspekter är det dock svårare att få syn på eftersom det kan få till följd att personerna slutar använda sociala medier – det är alltså icke-användarna vi skulle behöva veta mer om. Bland dessa utgör männen en stor andel. I såväl cancerbloggar som Facebookgrupper för sörjande är kvinnor i stor majoritet, men varför kvinnor i större utsträckning än män använder sociala medier för att hantera existentiella prövningar saknar forskningen idag empiriskt grundade förklaringar till.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Yvonne Andersson

PhD, utredare och analytiker vid Statens medieråd samt affilierad forskare i projektet Existential Terrains vid IMS, Stockholms universitet (et.ims.su.se). Projektet är finansierat av Knut och Alice Wallenbergs stiftelse, Stiftelsen Marcus och Amalia Wallenbergs minnesfond samt Stockholms universitet.



Obehandlad smärta skapar psykisk oro och agitation vid svår demens

TEXT // PETER STRANG

Habiger T. et al: The interactive relationship between pain, psychosis and agitation in people with dementia: Results from a cluster-randomised study. Behavioural Neurology; 2016: Article ID 703 6415. 8 pp, online.

BPSD, det vill säga Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens i form av bland annat oro och aggressivitet är vanligt förekommande vid demens och utgör en utmaning i palliativa skeden. Smärta anses kunna utlösa och bidra till BPSD.

Målet

Målet med denna norska studie var att undersöka i vilken mån ett systematiskt smärtprogram, där man använder smärtstillande läkemedel på ett genomtänkt sätt, kan minska förekomsten av agitation - oro, rastlöshet - vid demens. Man ville också studera om psykos ökar eller minskar vid opioidanvändning.

Patienter och metod

Studien omfattade 18 sjukhem och totalt 352 patienter med långt gången demens och tecken på agitation. Dessa bedömdes med olika former av beteendeskalar för att uppskatta förekomsten av oro, rastlöshet med mera. Därefter fick patienterna smärtbehandling enligt ett protokoll med paracetamol i steg 1. Om ytterligare behandling behövdes, lade man till opioider. Dolcontin det vill säga långverkande morfin, eller Norspan, det vill säga buprenorfinplåster, om patienten hade svårt att svälja. Patienter med nervsmärtor kunde också få Lyricapregabalin, i mycket låga doser.

Resultat:

Symtom som irritabilitet, agitation, men också disinhibition - hämningslöst och impulsivt beteende - var relativt vanligt förekommande när studien startade. Även psykotiska symtom sågs hos cirka 20 procent. Efter att smärtbehandling satts in enligt schemat såg man minskad:

- *Agitation - oro, rastlöshet, ($p < 0,001$)*
- *Motorisk oro - svårigheter att sitta still, $p = 0,02$*

Hos patienter som hade psykosymtom när studien startade, minskade dessa med hjälp av smärtbehandling ($p < 0,05$) och användningen av opioider ökade inte tendensen till psykos.

Slutsats:

Den slutsats som forskarna själva drar är att smärta förefaller vara en viktig orsak till psykos och vanföreställningar, och att problemen minskar om man erbjuder en balanserad smärtbehandling. Detta faktum, att otillräckligt behandlad smärta i sig är skadligare än smärtbehandling även när man använder sig av låga doser morfin eller buprenorfinplåster, är ett viktigt fynd, särskilt som vissa personer i den svenska debatten hävdar motsatsen. Fyndet stämmer också väl med andra studier och med min egen erfarenhet: Jag har flera gånger sett hur svår smärta vid demens kan utlösa förvirringstillstånd, medan smärtbehandling – även med morfingruppens preparat när så krävs – gör patienten både smärtfri och psykiskt lugnare.

Författarna betonar också vikten av att man i den kliniska vardagen gör bra smärtbedömningar, gärna med hjälp av beteendeskalar som Abbey Pain Scale. Det är också viktigt att komma ihåg att enskilda patienter kan ha bara ett enda specifikt beteende som signalerar smärta till exempel att man gnuggar en kroppsdel, vaggas oavbrutet med kroppen eller slår och dunkar sig själv. Om man känner sin patient väl, kan man lära sig känna igen sådana beteenden och pröva smärtbehandling åtminstone ett dygn, till exempel med paracetamol i full dos.



Peter Strang

professor i palliativ medicin,
överläkare, Karolinska Institutet och
Stockholms Sjukhem, Stockholm

Hur hanterar du alla möten med sorg?

Sorg är temat för nummer 2 2017 av tidskriften. Ett område i livet som ju alla människor kommer i kontakt med – men ni som arbetar med palliativ vård har kanske dubbelt upp.

DELS MÖTER NI patienter och närstående i deras sorg och så den egna sorgen som vi alla drabbas av, mer eller mindre, under det att livet pågår.

HUR KLARAR DU av att hantera så mycket sorg? Har du utvecklat någon strategi du kan dela med dig av? Hur tänker du om all den sorg du möter?

SKRIV NÅGRA RADER och berätta. Vi återkopplar till alla som hör av sig – dock kan vi inte lova att alla texter blir publicerade.

Före den 25 mars vill vi ha dina funderingar till:
tidskriften@nrpv.se



VÄLKOMMEN TILL
SENIORICENTRUM
MALMÖ ARENA • 8–10 MAJ 2017



- Nordens största kongress med Geriatrik och Palliativ Medicin i fokus
- Professionell utställning
- Läs mer och anmäl ditt deltagande på www.senioricentrum.se

"Den viktigaste mötesplatsen 2017.
Nordens största kongress inom området."

*Sölve Elmståhl, vetenskaplig ordförande
och professor i geriatrik*

SENIORGALA OCH SENIORMÄSSA
I samband med kongressen arrangeras även en Seniorgala och en publik Seniormässa.

"En bra välfärd och service åt alla"
Vård och omsorg, Malmö stad



Kurser i "Läkemedel och Palliativ Medicin"
för ST-läkare och specialister.

"Vi erbjuder grund- och fortbildning i världsklass under tre dagar till alla yrkesgrupper i hälso- och sjukvården samt inom vård och omsorg."

Ola Björgell, kongresspresident



Thi Chao

TEXT // REDAKTIONEN

THI CHAO ÄR 67 år, kvinna, kommer från Kina och talar ingen svenska. Hon bor hos sin son och i samma stad bor också en dotter.

Under hösten får Thi Chao ont i magen och känner sig mycket trött. Efter en del påtryckningar från barnen söker hon så småningom sjukvård. Hon utreds på en rad avdelningar på det stora sjukhuset. Till slut hamnar hon på gynekologen, där utredningen visar en peritoneal carcinos, vilket betyder spridd cancersjukdom i magen, troligen utgången från något gynekologiskt organ. Hon får informationen tillsammans med dottern och en tolk. Läkaren pratar i termer av kronisk sjukdom, men att cytostatika kanske kan bromsa och krympa tumörerna och minska produktionen av ascites. Dottern undrar om man vid en krympning kan operera bort resten av tumören. På detta kan inte läkaren svara för stunden.

Dagen efter träffar patienten, nu utan dotter men med tolk, en yngre läkare som planerar för den gyn-onkologiska behandlingen. Tre kurer cytostatika planeras. Patienten ligger i sängen under besöket och har ont i magen.

BEHANDLINGEN PÅBÖRJAS OCH patienten medverkar. Under utredningstiden har Thi Chao utvecklat en mycket svår ångest. Den uttrycks i att hon har svårt att vara ensam. Med anledning av detta kan hon inte tänka sig att åka hem, även om sonen är hemma ibland. Efter en vårdplanering flyttas patienten till ett kommunalt korttidsboende. Det är oklart om patienten och familjen egentligen visste vad denna vårdform innebär. Det är också oklart om biståndsbedömaren vid vårdplaneringen tydligt informerades om de komplexa behov patienten har. Förhoppningen hos patient och närstående och vården är att tillståndet ska förbättras efter starten av cytostatikabehandlingen, och att viss återhämtning och mobilisering ska komma till stånd.

På gynekologiska kliniken visade utredning av magen att patienten har ett kroniskt ileus- tillstånd, och kräkningar och smärtor är dagliga symtom för patienten. Parenteral nutrition via dropp startades på sjukhuset.

Thi Chao har svårt att förstå vad stopp i tarmarna egentligen betyder, men hoppas att det snart ska gå över.

På korttidsboendet blir patienten allt sämre. Hon har mycket ont och då förvärras oron. Hon är trött efter behandlingen och vill inte vara ensam på rummet utan larmar många gånger varje dag. Personalen beskriver att det är svårt att hjälpa patienten på ett bra sätt. Man upplever att det är svårt att tolka de olika symtom hon uttrycker, och man kan inte svara på dotterns alla frågor. Dessutom är tiden knapp för personalen. Morfin och läkemedel mot illamående ges inte regelbundet. Det är också svårt att urskilja vad som är smärta och vad som är ångest. Allmänläkaren som besöker boendet två gånger per vecka gör bedömningen att patienten är i ett sent palliativt skede, men onkologisk behandling pågår oförtrutet. Det är svårt att värdera om det är sjukdomsprogress eller biverkningar av behandlingen som påverkar patienten mest. Läkaren samlar patient och anhöriga till samtal om situationen, men det är svårt att nå fram till en samsyn då familjen fått olika besked av olika läkare.

ETT PAR GÅNGER skickas patienten in till akuten av nattspersonalen då smärtor och kräkningar tycks öka. Efter något dygn på gynekologisk avdelning kommer patienten tillbaka till korttidsboendet med beskedet att det liksom tidigare är ett subileustillstånd men att inget nytt medicinskt tillkommit.

Personalen tycker att patienten är orimligt tidskrävande och svår att hantera. Läkaren kontaktar det palliativa teamet för övertag, men får beskedet att teamet inte tar sig an patienter på korttidsboende. Att ansöka om hospice eller palliativ slutenvård ser



inte familjen som ett alternativ. Patienten vill inte åka hem och få fortsatt vård av det palliativa teamet hemma. Onkologerna planerar för fortsatt onkologisk behandling för att efter ytterligare tre kurer göra en utvärdering med röntgen.

En frustration sprider sig bland personal och läkare på korttidsboendet. Vad ska man hitta på? Både patient och familj är frustrerade och oroliga över situationen. Det är svårt att identifiera någon ansvarig läkare inom specialistvården.

Några frågor att diskutera:

- Hur samarbetar ni i er verksamhet eller i området med att tydliggöra de olika palliativa vårdnivåerna för att på bästa sätt kunna tillgodose patientens behov?
- Hur kan personalen på boendet agera för att förbättra omhändertagandet för patienten och samtidigt känna större tillfredsställelse i sitt arbete?
- Har personalen på korttidsboendet tillräcklig kunskap för att kunna ge patienten god vård?
Om inte hur hanteras det problemet?
- Kan korttidsboendet vägra att återta en patient som man inte klarar av att hantera på grund av medicinska skäl?
- Diskuterar ni begreppet palliativ cytostatika?
Om ja - vad betyder palliativ cytostatika i er vardag?
- Hur bör allmänläkaren på korttidsboendet agera?
Vad tror ni händer med patienten?



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: 08-25 11 69



Jag föreslår att vi respekterar patientens sätt att hantera sin situation och inte forcerar samtal om att sjukdomen är obotlig

DET KOMMER ETT brev som andas missnöje. En kollega inom den palliativa hemsjukvården skriver att han vill att vi onkologer ska ta vårt ansvar och tala om för en gemensam patient att hon inte kan bli botad. Fast patienten nu är inskriven i palliativ vård har hon sagt att hon snart ska opereras och bli frisk, vilket gjort kollegan upprörd.

Jag läser journalen och stålsätter mig. Patientens sjukdom är förfärlig: en cancer som förstört stora delar av käken och som trotsar all vår behandling. Vi har opererat, strålat, opererat igen, givit cellgifter, opererat ännu en gång. Och ändå kommer sjukdomen tillbaka, eller rättare sagt, var nog aldrig borta. Det pågår verkningslös behandling som skvallrar om att doktorn före mig känt sig tvungen att göra »någonting«. Detta moraliserar jag inte över. I riktigt förtvivlade lägen kan det vara så obehagligt att avstå från att behandla att man tillgriper något man egentligen inte tror kan hjälpa.

Patientens haka är bandagerad. Hon luktar starkt av tumör och bakterier. Under bandagekanten ser jag tumörvävnad och hakans kontur är avvikande där det saknas ansiktsskelett. Jag känner för att gråta.

Vi sätter oss och jag frågar hur hon har

det. Landstinget har gett oss en halvtimme för detta möte, men det vet inte patienten, och jag försöker ge en illusion av att det finns gott om tid. Hon berättar att hon är nöjd med hemsjukvården, att de är trevliga, att hon lärt sig hur hon ska peta i sig mat trots tumören. Jag frågar henne: »Hur ser du själv på den här sjukdomen?« Kvinnan säger då att när behandlingen har hjälpt så ska hon bli opererad igen och bli frisk, en gång för alla. Plötsligt börjar hon tala fort, orden snubblar när hon berättar om alla tidigare behandlingar och operationer. Efter en stund förstår jag att syftet är att överrösta mig. Minska risken för att jag ska säga något hon inte är beredd att höra.

TILL SIST HAR hon inget mer att säga. Vi sitter mitt emot varandra. Plötsligt säger kvinnan: »Eller hur tänker du? Har du någon annan tanke om sjukdomen än jag?« »Det ringer i öronen, varningsklockan säger »Försiktig nu, försiktig nu ...«

»Jag tänker så här«, säger jag efter en stund, »att det finns ju aldrig några garantier i livet.«

Kvinnan begrundar detta. »Nej, jag vet det. Det finns det inte. I själva verket kanske jag har ganska liten chans att bli botad. Egentligen är nog den chansen ungefär 1 procent. Eller mindre.« Jag nickar, vi betraktar varandra. Sedan avrundar vi

samtalet och patienten lämnar mottagningsrummet.

När hon har gått blir jag oresonligt arg. Jag försöker tänka mig hur det vore att ha den här patientens sjukdom. Jag funderar över hur mycket mod man måste samla för att våga gå ut bland folk. Jag tänker att om det vore jag så skulle jag inte kunna slå bort tankarna på hur det ska gå sedan, när sjukdomen framskrider. Hur håller man paniken borta? Om jag vore hon skulle jag behöva utveckla en strategi för att uthärda. Om den copingmekanismen är att intala sig själv att det finns möjlighet till bot, är det verkligen så konstigt? Och är det då sjukvårdens sak att inskräpa att den möjligheten inte finns?

Jag ringer upp kollegan, avrapporterar dagens besök. Säger att jag förvissat mig om att patienten har förstått situationens allvar. Min tolkning är att hon behöver tänka på ett annat sätt för att kunna hantera sin vardag. Mitt förslag till kollegan är att vi respekterar patientens sätt att hantera sin situation och inte forcerar samtal om att sjukdomen är obotlig.

Krönikan har tidigare varit publicerad i Läkartidningen

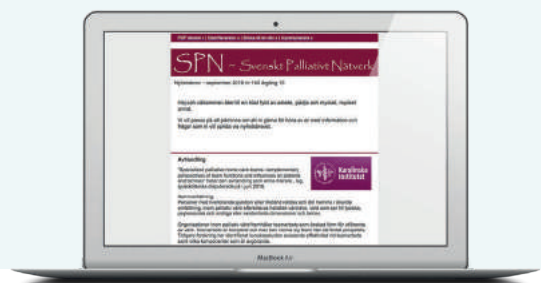
Nina Cavalli-Björkman,

Överläkare, specialist i onkologi, Uppsala

Vill du ha kostnadsfria nyhetsbrev om palliativ vård?

SPN - Svenskt Palliativt Nätverk skickar månadsvis ut nyhetsbrev till den som vill prenumerera. Meddela namn yrke ort samt e-postadress till: infospn@stockholmsjukhem.se så får du nyhetsbrevet till din inkorg.

På SPNs hemsida: www.stockholmsjukhem.se/spn finns det uppsatser, äldre nyhetsbrev samt annat material att läsa och eller ladda ner.



Sjukvården viktigaste frågan

Sjukvården är den viktigaste frågan för svenskarna enligt en undersökning från Novus. Det rapporterar SVT Nyheter. De näst viktigaste frågorna handlar om skola och utbildning.

Så sent som hösten 2016 ansågs integration och invandring vara den viktigaste frågan. Nu kommer den frågan först på tredje plats i en webbenkät gjord mellan 19 – 24 januari 2017 där 1000 utvalda personer tillfrågades.

Sjukvård och skola brukar vara de områden i politiken som är viktigast, så nu är vi tillbaka på ett normalläge, säger Torbjörn Sjöström vd på undersökningsföretaget Novus.

Än finns det mycket kunskap att ta fram ur Svenska palliativregistrets databas

Vad vill Du skriva om?

Exempel ifrån publikationslistan

Prediktorer för utveckling av trycksår i livets slut Journal of Palliative Medicine sept 2016

Jämförelse av den palliativa vården mellan stroke och cancer PLoS ONE 2016

En jämförande studie av vårdpersonals och efterlevandes svar Examensarbete T 10 läkutb

Palliativ vård vid syrgaskrävande KOL Eur Respir J 2015

Hög ålder är en riskfaktor för sämre vård i livets slut Eur J Cancer 2015

Parenteral vätsketillförsel sista levnadsdygnet ökar patientens upplevelse av andfåddhet. BMJ Supp Pall Care nov 2013

>25 svar för
> 400 000 avlidna =
>10 000 000 svar
som väntar på att
analyseras

Du hittar hela publikationslistan under FoU på palliativ.se

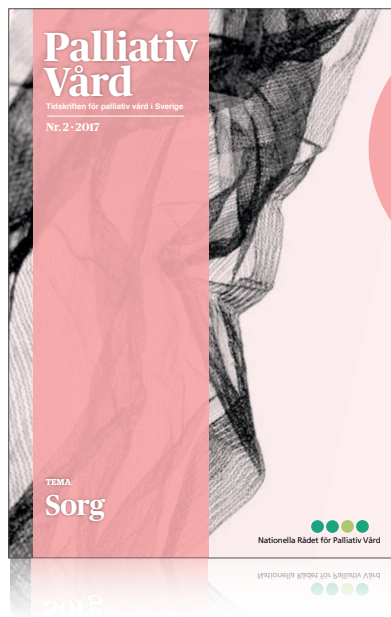
Där kan du också ansöka om datauttag för din forskning eller för underlag till din uppsats.

Du kan också skriva till oss på adressen info@palliativ.se



Nästa nummer

Tema: Sorg



Kommer i
maj 2017



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Under hösten 2017 anordnar Institutionen för vårdvetenskap följande program på avancerad nivå:

- Masterprogram i palliativ vård, 120 hp
- Specialistsjuksköterskeprogram i palliativ vård, 60 hp
- Specialistsjuksköterskeprogram i psykiatrisk vård, 60 hp
- Specialistsjuksköterskeprogram – lärande vid långvarig ohälsa och sjukdom, 60 hp

Fristående kurser på avancerad nivå ges under hösten 2017. 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 18 april 2017.

Utbilda dig till specialistsjuksköterska inom palliativ vård



Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning palliativ vård, 60 hp

Studieform: halvfart/distans

Programstart: HT 2017

Läs mer på: www.shh.se/utbildningar
eller maila oss på: info@shh.se

S O P H I A  H E M M E T
H Ö G S K O L A

Marie Rosengren - undersköterska, styrelseledamot i UFPO och i NRPV

TEXT // EVELYN PESIKAN

Jobbet är tungt och krävande men undersköterskan Marie Rosengren i Karlskoga kan inte tänka sig något mer givande än att arbeta med palliativ vård för demenssjuka. Vi är en erfaren och tätt sammansvetsad arbetsgrupp som fungerar som en familj för patienterna, säger Marie som arbetat på ett demensboende i snart 15 år.

MARIE ROSENGREN ÄR 50 år och har arbetat i vården sedan 1988, först som vårdbiträde och sedan 1992 som undersköterska, hela tiden i hemstaden Karlskoga.

— Jag började i hemsjukvården men sedan början av 2000-talet har jag haft min arbetsplats på demensboendet Torpdalen som har två olika boendeformer. Det finns 42 lägenheter för människor med demenssjukdom fördelat på sju enheter. Det finns möjlighet till parboende i tretton av dessa lägenheter vilket innebär att antalet vårdtagare kan variera över tid.

PÅ TORPDALEN FINNS även fyra korttidsvårdplatser. De patienter som kommer hit är i palliativ fas från start men eftersom en del ibland är ganska pigga i det tidiga förloppet är det inte ovanligt att anhöriga tror och hoppas att de ska tillfriskna. Vi har i allmänhet en mycket bra dialog med närstående. Många har svårt att acceptera att den demenssjuka blir så annorlunda, att personligheten löses upp, säger Marie och betonar att det är mycket viktigt att vara tydlig mot anhöriga.

Det är A och O för att vården ska fungera. Vi som arbetar här är ju den demenssjukes familj under de sista åren.

När den sjuka/sjuka blir helt okontaktbar och inte längre har kvar sitt språk kan arbetet vara mycket utmanande.

Men när man har lång erfarenhet och har känt patienterna länge lär man sig läsa av patientens behov. Det går oftast att se om de har ont eller har ångest trots att de inte längre kan uttrycka sig, men vi borde bli bättre på att använda smärtskattningsinstrument mer regelbundet. Vi har inte riktigt infört den rutinen än men det vore ett viktigt steg mot ökad kvalitetssäkring.



VIGÖRETT väldigt bra jobb här men det kan förstås alltid bli bättre. En viktig orsak till att hon trivs så bra med sitt jobb är att personalgruppen är sammansvetsad.

— Vi har också en ansvarig läkare som har god kunskap om palliativ vård, säger Marie som är palliativt ombud på arbetsplatsen och beskriver sitt eget engagemang för palliativ vård som brinnande.

Hon är aktiv medlem i UFPO och uppskattar deras årliga utbildningsdagar.

— Jag försöker förkovra mig när det går, det behövs alltid mer kunskap och det hade varit trevligt att ibland få åka på studiebesök, men jag tycker att vi har kommit en bra bit på väg mot god palliativ vård på min arbetsplats. Det som är glädjande är att vi undersköterskor nu börjar få respekt för att vi har väldigt mycket samlad kunskap, man lyssnar betydligt mer på oss idag än tidigare.

Utbildningsdagar 3 - 4 april på Wenner-Grens center i Stockholm

DEN 3 APRIL har vi den stora förmånen att få lyssna till professor Peter Strang som kommer att prata om "Den döende patientens existentiella behov". Spännande!

Han kommer även att berätta om sin senaste roman "I skuggan av sommaren" där han har plockat ihop erfarenheter från ett stort antal patienter som han har vårdat och "skapat" den döende Mattias.

Mattias har bland annat tydliga "dödsbäddssyner" mot slutet av livet, syner som gör honom lugn inför döden.

Den 4 april handlar föreläsningarna om utsatta grupper.

Vi får lära oss mer om hur vi vårdar ALS patienter, maligna sår, tonåringar, patienter mitt i livet och HBQ-patienter.

Ovanliga patientgrupper men ack så viktiga.

Se programinformation om anmälan med mera på

www.swenurse.se/palliativomvardnad

Du är Hjärtligt välkommen!

Stipendier att söka

- Årets sjuksköterska inom palliativ omvårdnad
- Forskningsstipendium
- Utbildningsstipendium
- Stipendium för bättre vårdmiljö

Stipendierna kan sökas av medlem i föreningen Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad och delas ut till en eller flera sjuksköterskor.

Utdelning av stipendierna sker vid SFPO:s utbildningsdagar. Stipendiat/-er förväntas personligen ta emot tilldelat stipendium under utbildningsdagen.

En rapport om utfall/resultat ska skickas in senast två månader efter avslutat projekt. Rapporten kan komma att användas i sammanhang med syfte att sprida kunskap.

Ansökan om stipendium sker med hjälp av blankett som är länkad till respektive stipendium i listan ovan, mer information finns på

www.swenurse.se/palliativomvardnad



Nästa utbildningsdag i Växjö 24 april 2017 Kl. 08.30 - 16.00

Dagens tema fokuserar på icke farmakologisk lindring i palliativ vård.

DET FINNS BEHANDLINGSMETODER för smärtlindring som TENS, akupunktur, avslappnande behandlingar, beröringsterapier med mera. Att bandagera tumörsår kan vara en stor utmaning som vi ibland ställs inför. Palliativ sårbehandling är ett annorlunda arbetssätt än vid sårbehandling när målet är att läka såret. Bemötandet, samtalet och valet av lämpliga förband gör skillnad när den totala smärtan är svår. Detta är högaktuella ämnen som vi tar upp under utbildningsdagen. Alla yrkeskategorier är välkomna att delta.

Kostnad för medlem i UFPO 700 SEK.
Icke medlemmar 1400 SEK.

Program och anmälan finns på www.ufpo.se

Britt-Marie Strömqvist
Ordf. UFPO



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Adress Mariebergsgatan 22, 112 19, Stockholm
E-post info@nrpv.se
Hemsida www.nrpv.se



SiP

Föreningen för Socionomer inom Palliativ Vård.



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

Sjuksköterskor i Cancervård

Hemsida: www.cancervard.se



Fysioterapeuterna - Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi

Hemsida: www.fysioterapeuterna.se



SVERIGES
ARBETSTERAPEUTER

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
Tel: 08 – 617 93 04
tidskriften@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
traffic@adviser.se

UPPLAGA

4500 exemplar

ISSN

2001-841X

PRENUMERATION

4 nr/år Pris 200:-

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



5:E NATIONELLA KONFERENSEN I PALLIATIV VÅRD

PALLIATIV2018.SE

STOCKHOLM
21–22 MARS
2018

SCHAMPIKUDDEN



Sittfunktion på sängkanten!

Framtagen för att underlätta
vid andnöd, ångest, astma,
KOL och hjärtsvikt.

**KONTAKTA
OSS FÖR
OMGÅENDE
LEVERANS!**



2 UTFÖRANDEN!

Att få sitta på sängkanten har en stor betydelse för ökad självkänsla. Att bli "fången" i liggande ställning kan vara nedbrytande och deprimerande. Det kan ge ett ökat välbefinnande och kännas stimulerande att sitta på sängkanten och själv äta eller läsa tidningen.

Dessutom upplever många vårdtagare med ångest eller andnöd en lättnad om de får sätta sig upp på sängkanten en stund. Det kan t.ex. röra sig om patienter med lungsjukdomar som astma och KOL eller patienter med hjärtsvikt.

Schampikudden är framtagen för vårdtagaren, men även för att underlätta för vårdpersonalen genom att frilägga resurser och förbättra ergonomin. Schampikudden ger bra stöd och support vid matning, på- och avklädning samt övrig omvårdnad.

Schampikudden ger även positiva effekter när det gäller trycksårsprefylax, då den ökar positioneringsalternativen.

Schampikudden finns i två utföranden - med eller utan armstöd.

Den levereras med ett överdrag i ett mjukt PU-material som är lätt att rengöra.