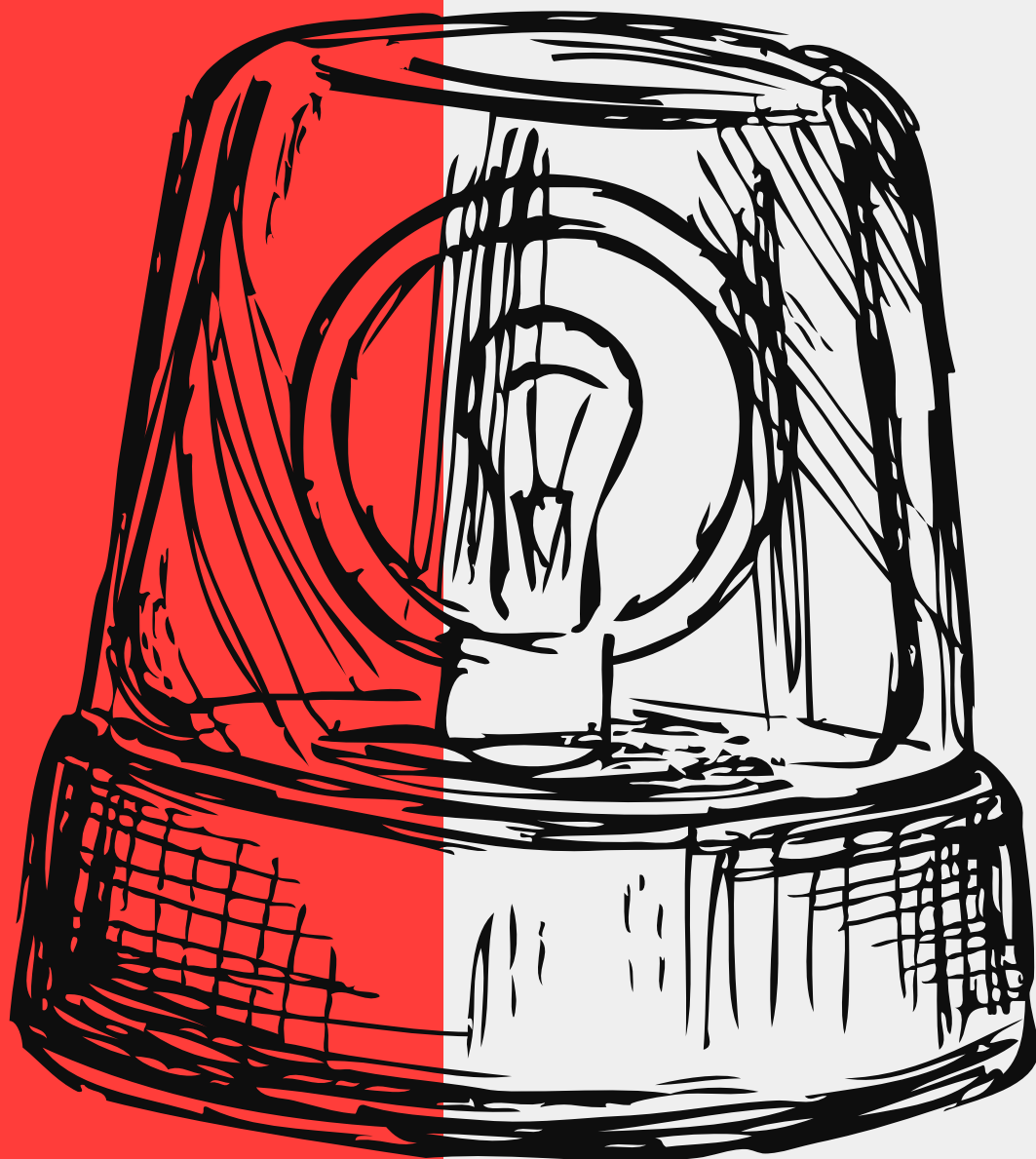


Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 3 • 2017



TEMA:

Palliativ vård i akut- sjukvården



Nationella Rådet för Palliativ Vård

Palliativ vård i akutsjukvården

Många vill till sjukhus när de är svårt sjuka och döende. Och många tror säkert att den vård som erbjuds där är bäst. Med hjälp av siffror från Svenska Palliativregistret kan vi konstatera att så tyvärr inte är fallet. Läs mer på sid 6.

Palliativ vård och akutsjukvård är två paradigmer som möts – med olika mål för sina verksamheter. Akutsjukvården gör allt för att bota och hålla en patient vid liv medan palliativ vård har livskvalitet som mål. Palliativ vård och akutsjukvård kan sägas vara Yin och Yang. Man måste förstå problematiken för att kunna hantera de två olika perspektiven innan man kan föreslå några konstruktiva förändringar. Sjukhusens specialisering ökar och palliativ vård och död på sjukhus är något som oftast inte ingår i planeringen. Det högst specialiserade sjukhuset i Sverige – ännu inte helt färdigt – verkar inte ha någon klar plan för att tillgodose den palliativa vården på sjukhuset. Desto mer intressant blir det med stora sjukhus som försöker ta ett grepp i frågan. Det är bra när initiativet till ett palliativt arbetssätt kommer inifrån akutsjukvården. På sid 16 skriver vi om

Danderyds sjukhus, ett stort sjukhus i Stockholm med drygt 500 slutenvårds-platser, som arbetar för att synliggöra patienters behov av palliativ vård. Ytterligare ett projekt inifrån en akutklinik där de sett patienternas palliativa behov omedelbart när diagnosen ställs och initierat ett nytt arbetssätt finns i Lund. Läs mer på sid 14.

Frank Ferris är en amerikansk specialist i palliativ medicin som har myntat uttrycket – ”Transform healthcare through palliative care”. Min tolkning av detta uttalande är att hela sjukvården bör förändras till vård med ett holistiskt förhållningssätt – det vill säga vård med ett palliativt synsätt. Ännu har Frank Ferris’ synsätt inte på något sätt blivit verklighet. Men några som aktivt arbetar med frågan är konsultteamet från specialiserade palliativa verksamheter som försöker överföra det palliativa tänkesättet till akutsjukvården. Vi har tidigare skrivit om konsultteam men denna gång återkommer vi med flera konsulters erfarenheter och förslag som vi hoppas kan fungera som inspiration, se sid 10.

De patienter som har diabetes och vårdas i den palliativa vården kan också ha nytta av ett bredare sätt att tänka på sin sjukdom. Tidigare var det bara diabetes att ta hänsyn till och då var målet att till varje pris hålla blodsockerhalten nere, men nu är det mer komplicerat. Läs mer på sid 20.

Patienter med psykiatrisk sjukdom har specifika problem när det gäller palliativ vård och det talas inte mycket om dessa patienter i den palliativa vården. Genom de två artiklarna, en från Indien och en från Sverige, vill vi synliggöra denna patientgrupp och deras behov av palliativ vård. Se sid 23.

Vi har en lång väg till Frank Ferris’ vision om att ett holistiskt förhållningssätt ska genomsyra all vård - men med små steg kommer vi framåt.



Sylvia Sauter
Chefredaktör

Innehåll

4. **Tema: Palliativ vård i akutsjukvården**

6. **Att dö på sjukhus**

9. **Man måste mäta för att veta
- det finns inga genvägar**

10. **Palliativa konsulter i akutsjukvården**

13. **En doktorands reflektioner**

14. **En studie baserad på kliniska initiativ**

16. **Långsiktigt gemensamt arbete för ett
palliativt förhållningssätt.**



18. **Ett palliativt perspektiv på framtidens
cancervård**

20. **Diabetesbehandling
i palliativ vård**

23. **Palliativa vårdmodeller för patienter
med kronisk psykisk sjukdom i Indien**

24. **Palliativ vård för personer
med allvarlig psykisk sjukdom**

28. **Dödscaféer och
klimatförändringarna**



30. **Möt en specialist
- SUSANN PLATE**

31 **Vetenskaplig kommentar**

32. **Debatt**

34. **Patientfallet - Bertil**

36. **Språkfrågan**

37. **Krönika**

38. **Medlemssidor**



Syster Anna, Carl Fredrik Hill 1877, Nationalmuseum

Livets syster

Livet liknar döden mest, sin syster.

Döden är icke annorlunda,
du kan smeka henne och hålla hennes hand
och släta hennes hår,

hon skall räcka dig en blomma och le.

Du kan borra in ditt ansikte i hennes bröst
och höra henne säga: det är tid att gå.

Hon skall icke säga dig att hon är en annan.

Döden ligger icke grönvit med ansiktet mot marken
eller på rygg på en vit bår:

döden går omkring med skära kinder och talar med alla.

Döden har veka drag och fromma kinder,
på ditt hjärta lägger hon sin mjuka hand.

Den som känt den mjuka handen på sitt hjärta,
honom värmer icke solen,
han är kall som is och älskar ingen

Edith Södergran 1916

Att dö på sjukhus

TEXT // CHRISTINA MELIN-JOHANSSON

Resultat från Palliativregistret visar att antalet rapporterade dödsfall från sjukhuskliniker minskar och den palliativa vården som erbjuds är av sämre kvalitet. Patienterna får därmed inte den trygga och säkra vård de har rätt till. Intresset och villkoren för palliativ vård inom akutsjukvården måste stärkas och utvecklas så att döende patienters välbefinnande och behov av stöd förbättras.

I vilken omfattning registrerar akutsjukvården dödsfall?

En tredjedel, cirka 30 000, av alla dödsfall i Sverige sker inom akutsjukvården på vårdavdelning, och mellan juli 2016 - juli 2017 rapporterades 19 232 dödsfall därifrån. Alla sjukhus registrerar sina resultat i Palliativregistret men vissa sjukhus, som tidigare hade hög registreringsgrad minskade under 2016, eller rapporterade inga dödsfall alls under 2017. Den ekonomiska ersättning som verksamheterna tidigare erhöll vid rapportering av dödsfall utgår inte längre, vilket kan påverka både motivationen och kontinuiteten att registrera. Det är en trend med minskat antal registrerade dödsfall inom alla vårdnivåer och vårdverksamheter mellan 2014 och 2016 förutom i den specialiserade palliativa vården där registreringen ökar. Se tabell 1.

Tabell 1. Samtliga registrerade dödsfall, både väntade och oväntade, inom kommuner och akutsjukvård samt nationellt mellan 2014 och 2016.

ÅR	Antal registreringar korttidsavdelningar och särskilda boenden	Antal registreringar sjukhuskliniker	Samtliga registrerade dödsfall
2014	25 944	21 457	60 353
2015	25 756	21 124	60 013
2016	25 116	19 855	58 564

INOM SAMTLIGA VÅRDFORMER ges stöd till närstående till 78 - 100 procent, och rutiner för efterlevandesamtal finns hos 40 - 80 procent av de som registrerar. En majoritet av sjukhusklinikerna har identifierat personer som är i behov av palliativ vård men flera når inte det uppsatta målet på 80 procent. En anledning till detta kan vara att respektive klinik inte har hittat en systematik för att rapportera dödsfall. Under 2015 och 2016 minskade antalet registreringar i akutsjukvården med 268, och från januari till augusti 2017 minskade de med 1700.

Varför registrerar sjukhusen i mindre omfattning? Organisationsförändringar och brist på vårdpersonal kan vara en anledning. Men varför uppvisar den palliativa vård som registreras försämringar? Vilka hinder finns det för att palliativ vård inte har integrerats till fullo inom akutsjukvården och vilka förbättringar behöver genomföras?

RESULTATEN I PALLIATIVREGISTRET visar att akutsjukvården ger palliativ vård av sämre kvalitet inom vissa områden än andra vårdnivåer. Personalen uppfattar dock att de är nöjda med den vård de ger till personer i livets slutskede. Detta kan vara relaterat till att personalen inte gör skillnad på vården till döende patienter och vården till andra patienter. Fortbildning i palliativ vård till vårdpersonal varierar på sjukhus och kunskap om den palliativa vårdens förhållningssätt saknas.

Den prioritering, kontinuitet, tid och omvårdnad som döende patienter behöver kan vara problematisk att bemöta i en vårdmiljö som fokuserar på kurativ vård och livsförlängande behandling samt dessutom är uppgiftsorienterad.

Studier visar att personal på sjukhus kan uppleva döden som ett misslyckande och att kommunikationen inte alltid är öppen och ärlig. Personalen har svårt att engagera sig känslomässigt och distanserar sig från den döende patienten. Allt detta kan bidra till att otillräckliga beslut om palliativ vård tas, skattning av symtom och behandling inte genomförs, eller att personalen inte kan avgöra när patienten är i ett palliativ skede.

Jämlik och god palliativ vård

Som ett led i att kvalitetssäkra palliativ vård har Socialstyrelsen gett förslag på indikatorer som är viktiga under den sista levnadsveckan för att uppnå en jämlik och god palliativ vård. vVia Palliativregistret kan vi se att det sker en försämring av vården i livets slutskede i akutsjukvården. De resultat som registrerats mellan september 2016 och augusti 2017 visar att den palliativa vården är tillfredsställande endast inom tre av sju områden; vidbehovsordination av opioid mot smärta, ångestdämpande läkemedel och att flertalet som dör inte har trycksår.

Nedan beskrivs de fyra områden som behöver utvecklas inom akutsjukvården.

Munhälsa

Ungefär 41 procent av de dödsfall som registrerats fick munhälsan bedömd den sista levnadsveckan. Yngre fick sin munhälsa bedömd i mindre grad än äldre och andelen registreringar av munhälsa har sjunkit. Trots att en god munhälsa är viktig för att kunna förebygga och lindra smärtsamma symtom hos döende patienter försummas den. Det kan bero på att personalen uppfattar munnen som ett privat och intimt område och att genomföra munvård kan upplevas som att man kränker patienten. Andra faktorer som kan påverka är kunskapsbrist, tidsbrist eller bristande rutiner.

Inom samtliga vårdformer bedöms munhälsa hos personer med lungsjukdom i mindre omfattning än hos personer med cancer.

Brytpunktssamtal

Andelen patienter som fick ett brytpunktssamtal i livets slutskede inom akutsjukvården var 37 procent oavsett kön och diagnosgrupp. Andelen brytpunktssamtal har ökat men äldre, över 85 år, får inte brytpunktssamtal i samma omfattning (31 procent) som yngre i åldern 25 - 44 (62 procent). Kvinnor får brytpunktssam-

”

Via Palliativregistret kan vi se att det sker en försämring av vården i livets slutskede i akutsjukvården.

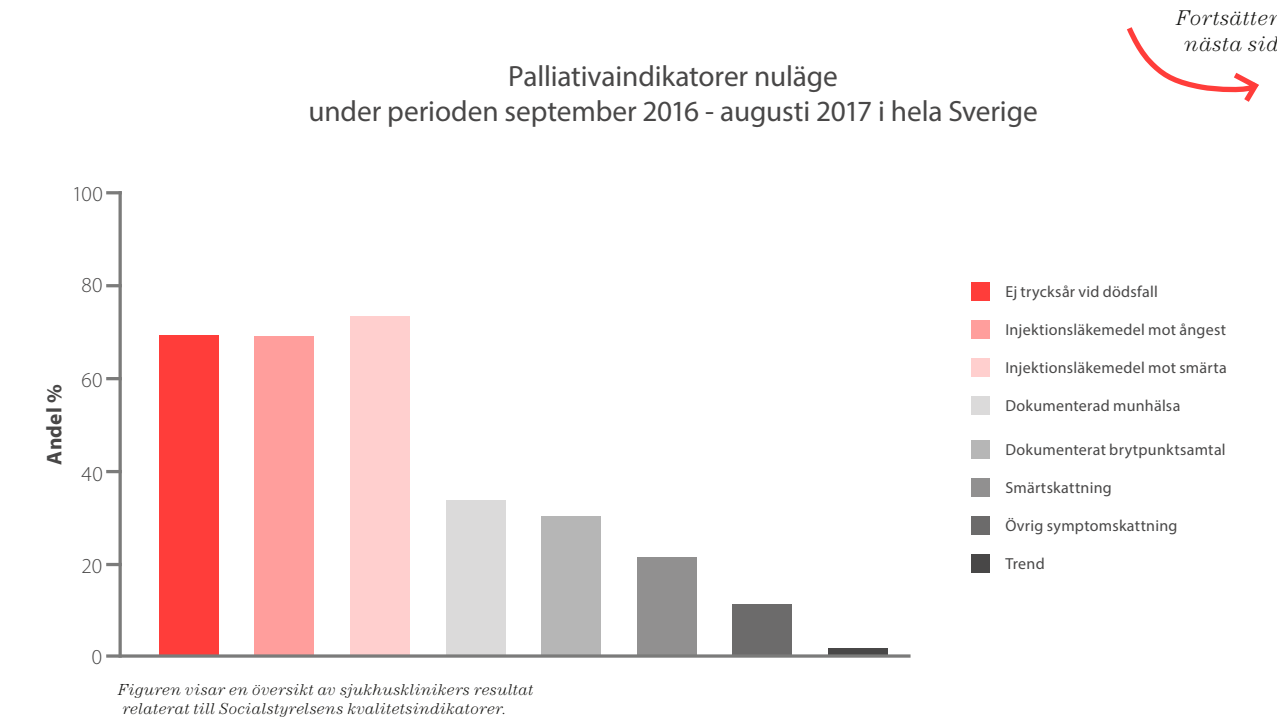
tal i något lägre omfattning än män. Personer med demens och lungsjukdom får inte brytpunktssamtal i samma omfattning som personer med cancer.

Brytpunktssamtal skiljer sig inte på något avgörande sätt från att genomföra andra ”svåra” samtal i vården men det ska framgå att livsförlängande behandling inte längre är möjlig och att den fortsatta vården fokuserar på livskvalitet och symtomlindring.

Smärtskattning

Ungefär 26 procent fick under den sista levnadsveckan en smärtbedömning som sedan dokumenterades. Det innebär att 14 800 patienter inte smärtbedömdes. Andelen dokumenterad smärtskattning är lägre på sjukhus än inom andra vårdformer och i alla vårdformer smärtskattas färre patienter med lungsjukdom än patienter med cancer. Kvinnor smärtskattas i något högre grad än män och äldre över 85 år i mindre omfattning (24 procent) än yngre i åldern 24 - 44 (32 procent).

Akutvårdsavdelningar rapporterade under 2016 - 2017 att 99 procent av patienterna som uppgavs ha smärta lindrades från smärta delvis eller helt. Det i sin tur väcker fler frågor. Hur går det att bedöma att patienter är lindrade från smärta om





Man måste mäta för att veta - det finns inga genvägar



TEXT // MARIA TARANGER

I en tid när sjukvårdspersonal hävdar att de ”mäter ihjäl sig” vet vi fortfarande inte hur den sista veckan i livet var för en tredjedel av de som dör. Ändå har vård i livets slutskede definierats som något vi ska prioritera högst.

inte smärtan skattats och analyserats? Rent praktiska frågor är om personalen vet när bedömning av smärta hos patienter i livets slutskede ska genomföras? Finns det tydliga rutiner för smärtskattning och dokumentation? Oftast används VAS/NRS för smärtbedömning och dessa mätinstrument kräver aktivt deltagande av patienter som ofta är kognitivt påverkade. Bristande kunskap om andra mätinstrument mer anpassade för dessa patienter kanske kan vara en av flera orsaker till att smärtskattning inte genomförs. Hur hanterar personalen omställningen att bedöma patienters smärta vid akuta tillstånd till att man kommunicerar smärtskattning i livets slutskede?

Annan symtomskattning

Endast 14 procent skattades för andra symtom som ångest, förstoppning eller illamående. Män skattas i något mindre grad än kvinnor samt äldre över 85 år skattas i lägre grad (13 procent) än yngre i åldern 25 - 44 (20 procent). Trenden nationellt är att skattning av övriga symtom ökar. Att så få patienter bedöms inom akutsjukvården är bekymmersamt.

Den palliativa vården inom akutsjukvården är inte optimal i dagsläget. I det systematiska förbättringsarbetet av den palliativa vården räcker det inte att bara registrera dödsfall. För att fortsatt utveckling av den palliativa vården ska kunna äga rum måste kontinuerlig uppföljning av utfallet ske. Om patienters behov i livets slutskede systematiskt ignoreras och undervärderas finns det risk för att deras lidande accepteras och blir något som personalen ser som ett ”normalt” tillstånd som inte behöver åtgärdas. Om akutsjukvården och den palliativa vården samarbetar kan de tillsammans utveckla riktlinjer för den palliativa vårdens innehåll. Palliativ vård på sjukhus kan i framtiden bli en lika naturlig del av akutsjukvården som den kurativa vården men för att åstadkomma det behöver all personal kontinuerlig fortbildning och handledning, förändra sitt förhållningssätt och sina rutiner och se till att förbättringarna också implementeras. För vi kan bättre.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister tillgängligt för alla vårdgivare i Sveriges kommuner och landsting för rapportering av dödsfall och den kvalitet på palliativ vård som givits. Genom enkäter följs utvecklingen av den palliativa vården inom respektive organisation. Vårdpersonal har tillgång till resultaten och kan själva testa olika frågeställningar, ta ut och bearbeta data samt använda resultaten i förbättringsarbete och uppföljning.

Vad är palliativ vård?

Jag ...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Christina Melin-Johansson

Fil dr, Docent, Specialistsjuksköterska inriktning kirurgi och distriktsvård, Ledamot Svenska palliativregistret, Lektor vid Mittuniversitetet Campus Östersund

DET GÅR NATURLIGT VIS inte att arbeta med att förbättra kvaliteten om man inte vet utgångsläget eller hur resultatet blev efter arbetet. Det går heller inte att tro att den positiva förändringen bara kvarstår. Många följer dessvärre inte upp sina resultat utan lever i den lyckliga illusionen att resultaten består. Därför är kvalitetsregister fantastiska verktyg för att driva och säkerställa förbättrad vård.

Många svenskar slutar idag sina liv inne på akutsjukhusen trots att deras död i de allra flesta fall var helt förväntad. Det är vår skyldighet att hjälpa fler att få dö i eget hem, på särskilt boende eller i specialiserad palliativ vård eller på hospice.. Men för de i livets slutskede som ändå blir kvar hos oss inne på akutsjukhusen måste kvaliteten på vården höjas rejält. Vi kommer ingen vart om vi inte ser till att ha en hög registreringfrekvens i Svenska Palliativregistret.

JAG FICK VARA med om satsningen på Palliativregistret, när vi eldsjälär fick draghjälp av att alla beslutsfattare visste att registret var högprioriterat. I Göteborgsområdet i Västra Götaland-regionen gick vi från 55 procent registrerade dödsfall 2012 till 75 procent 2014. Vi var stolta över att vi samtidigt fick igång en bred diskussion om palliativ vård på

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor tog till sig att brytpunktssamtal är viktiga, att det plötsligt blev en självklarhet att döende hade tillgång till palliativa vid-behovs-mediciner utan att nattsjuksköterskan behövde jaga jouren, att färre behövde dö ensamma, att det blev känt att andnöd kan lindras med morfin och att det kan ges även till patienter med KOL och hjärtsvikt.

Men så slocknade strålkastarljuset från de administrativa lamporna och registreringsfrekvensen sjönk 2016 ner till 65 procent. Fortfarande är vi nog det universitetssjukhus som har högst registreringsfrekvens men frekvensen fortsätter sakta att dala och vi behöver ta tillbaka fokus.

HÄLFTEN AV ALLA göteborgare som dör gör det fortfarande inne på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vad vet vi om dem? Varför skickades de in till oss under sina sista dagar utan att vårdpersonal på deras boende hade samrått med läkare? Och varför hade vi skickat ut dem från oss två månader tidigare utan att ha hållit ett brytpunktssamtal och gjort en bra plan tillsammans med dem och deras närstående?

JAG ÄR ÄNDÅ glad att vi på min verksamhet – Medicin, Geriatrik och Akutmottagning, Östra - lyckats behålla en hög registreringsfrekvens och har koll på 94 procent av våra drygt 400 dödsfall. Andelen som får brytpunktssamtal segar sig sakta uppåt från låga värden på runt 15 procent till 35 procent, andelen som smärtskattas har ökat från 0 procent till 20 procentoch något fler blir helt symtomlindrade och slipper dö ensamma.

Mest nöjd är jag nog ändå med att IVA på Östra sjukhuset 2012 insåg att Palliativregistret i högsta grad var ett register för dem och att de för varje år förbättrat sina resultat. Om en intensivvårdsavdelning ser Palliativregistret som meningsfullt finns det inte längre någon ursäkt för andra enheter att ställa sig utanför. Det är dags för oss i akutsjukvården att blåsa liv i registerarbetet igen.



Maria Taranger

Överläkare, Verksamhetschef, Medicin Geriatrik och Akutmottagning, Östra Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Foto: Daniel Stiller Bildbyrå

Palliativa konsulter i akutsjukvården

TEXT // SYLVIA SAUTER

Inför detta temanummer av tidskriften tog vi kontakt med några av de som arbetar som palliativa konsulter i akutsjukvården runt om i landet. Vi ville ta del av deras erfarenheter, synpunkter och idéer. Både det som fungerar bra och det som fungerar mindre bra – vi vet att det finns mycket att lära. Här följer en sammanställning av de svar som inkommit.

Hur kommer man igång?

På flera ställen har efterfrågan på en konsultverksamhet kommit från akutsjukvården. Någon på chefsnivå har sett brister i den palliativa vården för patienterna på kliniken. I något fall kom initiativet från den palliativa vården. Men även där började diskussionerna på verksamhetschefsnivå. Oavsett var det börjar är alla som svarat överens om att det är nödvändigt att cheferna är inblandade för att få en hållbar verksamhet över tid. Detta gäller inte minst vid stor personalomsättning där kontinuitet och prioriteringar lätt tappas bort.

Ett genomtänkt förberedelsearbete innan konsultationerna kommer igång ger bättre beredskap både för konsulten och för avdelningen. Det har ofta startat med att olika personalgrupper från den palliativa teamet har auskulte-

rat på sjukhusavdelningen under flera dagar. Det har varit ett bra sätt att bekanta sig med personalen och diskutera arbetsformer. Särskilt om initiativet kommit uppifrån är det viktigt att ta reda på vad de som arbetar kliniskt förväntar sig och vill.

Auskultationen är också ett bra metod för att upptäcka vilka personer som har ett särskilt intresse för palliativ vård. Dessa personer är mycket viktiga för det fortsatta arbetet. Auskultationstiden kan dessutom användas till att lära sig om rutiner och det praktiska på avdelningen. Att då och då delta i avdelningens fredagsfika uppfattas som mycket positivt. Väl på plats går det att direkt hjälpa till med symtomlindring, identifiera patienter med palliativa vårdbehov och att i olika sammanhang diskutera palliativ vård. På mindre sjukhus där det finns personlig kännedom är kontaktvägarna redan upparbetade. Där känner många redan varandra och då är korridorkonsultationer både vanliga och välfungerande - och kan bli en ingång till ett mer formaliserat samarbete.

Var sker de palliativa konsultationerna?

De palliativa specialister-nas konsultverksamhet når många olika kliniker. Vanligast är kirurg, kirurg urolog och kirurg övre gastroenterologi, medicin, onkologi, gynekologi, levertransplantation, hematologi, HIA och IVA.

En konsultation – hur får man det att fungera?

Man kan se konsulterna som en form av lokala ambassadörer för ett palliativt förhållningssätt och det är bra att börja i liten skala. Läkare finns alltid med som en grund i konsultarbetet men ofta är fler yrkesgrupper involverade, oftast sjuk-sköterska och kurator. Det är bra med kontinuitet även bland konsulterna och något team har löst det med att läkaren varierar och att kurator och sjuksköterska är samma personer som regelbundet återkommer.

Ödmjukhet, lyhördhet och att vara problemlösare är viktiga egenskaper hos en palliativ konsult. Det är värdefullt att ha goda kunskaper om vilka vårdalternativ som finns utanför sjukhuset i olika kommuner. Det handlar ofta om att hitta lösningar med fortsatt palliativ vård – på rätt vårdnivå – för patientens bästa. Detta blir extra tydligt när patienter ska vårdas i kommuner där det inte finns ASIH eller någon annan fungerande palliativ organisation.

Arbets sättet får gärna vara undervisande men absolut inte mästrande. Som konsult behöver man förstå att man är på avdelningen på akutsjukvårdens villkor och att man ibland måste göra avkall på att kunna ge en aktiv helhetsvård.

Från en gång i veckan till tre gånger i veckan sker konsultationerna i form av ronder eller halvdagar. Om konsultationerna sker för sällan blir det svårt med uppföljning. Vad som är för sällan framgår inte tydligt av svaren. Olika avdelningar är olika väl strukturerade, liksom olika väl förberedda på att konsulten kommer. Ronder sker i bestämda rum på bestämda tider – eller inte....

”

Man kan se konsulterna som en form av lokala ambassadörer för ett palliativt förhållningssätt

Det krävs samarbetsvilja från båda håll och en vilja att sätta patientens behov först. Kirurgen är ofta mer strukturerad med engagerade kontaktsjuksköterskor som tar mycket ansvar för kontinuitet och identifiering av patienter med palliativa behov. Dessutom har kirurgen med fler cancerpatienter ofta tydligare behov av palliation.

Att nå fram

Det är först när man förstår att man inte förstår som man förstår att man behöver kunskap inom ett område, och det gäller inte bara palliation inom akutsjukvården. Det gäller allt som man inte har någon kunskap om, som man därför inte vet att man saknar förrän man får lite kunskap och då inser hur lite man vet.

Trots att information har erbjudits har det i vissa fall varit svårt att nå fram med riktad information om konsultverksamheten och om palliativ vård, i första hand till läkare. Men enträget arbete har givit resultat och nu finns det på flera av kliniker en önskan om att få mer kunskap om palliativ vård - även från läkarhåll.

Risker, gränser och förväntningar

Det finns en risk att akutsjukhusen ser samarbetet med ett palliativt team som att de givit upp eller abdikerat från sitt ansvar. I sådana fall är det avgörande att konsulten pedagogiskt förklarar att konsultverksamheten är en möjlighet för patienterna att få en bättre vård. I alla åtaganden gäller det att veta var gränserna går för engagemanget och åtagandet och att den palliativa vården inte ska överta akutsjukvårdens ansvar.

Det kan finnas en risk att avdelningen förväntar sig att siffrorna i Svenska

Fortsätter på nästa sida

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

Palliativregistret automatiskt blir bättre och kanske till och med bra, tack vare att det finns kontinuerliga konsultinsatser från palliativa specialister. Men så är inte alltid fallet. Utfallet i palliativregistret behöver bevakas och följas upp och om siffrorna inte blir bättre krävs det riktad utbildning.

Tidigare har akutsjukvården vänt sig till den specialiserade palliativa vården med remisser med förfrågan om övertagande av patienten men det har inte skickats remisser om en palliativ konsultation. Konsultation från specialiserad palliativ vård är ett nytt sätt att tänka och det tar tid att etablera i handling. Det kan också finnas intressekonflikter. Det ska vara det palliativa teamet som identifierar patienter med palliativa behov annars finns det risk att sjukhuset ser teamet som en möjlighet att skapa vårdplatser.

Förslag

Kontinuitet och en organisation som fungerar är avgörande för en bra konsultverksamhet. Att upprätta ”konsult vid behov”, som kan svara samma dygn som frågan eller remissen kommer är något att sträva efter då många av dessa patienter har kort förväntad överlevnad.

Teamarbete är konsultfunktionens liksom palliationens styrka. Specialistkompetenta sjuksköterskor har kompetensen att identifiera patienter med palliativa vårdbehov. De kan vara konsulter i palliativ omvårdnad och underlätta utskrivningsplaneringen. Konsultfunktionen framöver kan baseras på sjuksköterskenivå men läkare måste vara involverade. Den palliativa läkarens uppgift blir att ge konkreta medicinska råd om symptomlindring, att stödja och att undervisa.

Skapa gärna en rutin att konsulten ska träffa en patient som kommer upp för an-

dra gången, även om det inte framkommer särskilt alarmerande symtom. Men patienterna måste ha informerats om att det palliativa konsultteamet kommer att vidtalas och att de eventuellt kommer på besök. Gå inte in till en patient där utredningen fortfarande pågår.

Tack!

De som varit vänliga och bidragit med sina erfarenheter och synpunkter är *Maria Calissendorff*, läkare, Göteborg, *Lena Carlsson*, specialistsjuksköterska, Ängelholm, *Frida Ekstrand* specialist-sjuksköterska, Ängelholm, *Jan Hallström*, läkare, Ängelholm, *Staffan Lundström*, läkare, Stockholm och *Christel Wihlborg*, läkare, Ystad.

”Det är helt underbart att komma in på ett rondrum där läkaren sträcker upp händerna över huvudet och ropar JA! när det palliativa konsultteamet kommer in i rummet. Eller möte med någon i en sjukhuskorridor som genast tänker palliation och vill diskutera ett fall. Det är otroligt roligt att bli kallad till exempel till IVA eller thoraxkirurgen för att diskutera en patient med palliativa behov.”

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

Vad vill Du skriva om?

Exempel ifrån publikationslistan

Prediktorer för utvecklande 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



En doktorands reflektioner

Att göra en djupdykning i palliativ vård på sjukhus

TEXT // SUSANNA BÖLING

Som nyutexaminerad sjuksköterska på neurologien upplevde jag ofta en frustration och känsla av otillräcklighet i mötet med patienter i livets slutskede och frågan väcktes: hur kan vi förbättra vården för våra döende patienter? Idag är frågorna ännu fler. Vad bottnade frustrationen i? Vilken kunskap och vilka resurser fattades? Vilka patienter hade behov av palliativ vård? Var fanns barnen? Var fanns utrymme för att diskutera frågor kring vård av döende? Var kunde jag vända mig för att få stöd i vårdandet?

Hur ser behovet av palliativ vård ut inom den akuta slutenvården?

Sjukhus var den plats där flest personer avled 2012, närmare bestämt cirka 42 procent av det totala antalet registrerade dödsfall, inklusive de som avlidit inom delar av den specialiserade palliativa vården. Att döma av den stora andelen personer som dör på sjukhus så måste behovet av kompetens inom palliativ vård vara stort. Forskning från England visar att det på vissa sjukhus finns skillnad mellan vilka som av vårdpersonalen identifierades ha potentiella palliativa behov, jämfört med egen- eller anhörigrapporterade behov och värderingar via bedömningsinstrument.

Det är resultat som indikerar att patienters palliativa behov inte uppmärksammas tillräckligt av vårdpersonal, något som kan handla om bristande kunskap om palliativ vård.

Hur gör vi?

När det nu finns ett behov följer frågan: hur går man till väga för att öka den palliativa kompetensen inom akutsjukvården? Här krävs noggrann eftertanke och det kan också vara klokt att lära av andra länders försök. Erfarenheterna från

Storbritannien ligger nära till hands, där LCP- Liverpool Care Pathway, gått från att ha varit rekommenderad praxis för att främja god vård vid livets slut även utanför den specialiserade palliativa vården, till att nu helt ha tagits ur bruk. Detta efter rapporter i media om brister i vård av döende på sjukhus som senare ledde till en statligt initierad utredning. I en publicerad reflektion om erfarenheterna av LCP framhölls att palliativ vård inte går att översättas till ett antal instruktioner i pappersform. Det argumenterades istället för att se på palliativ vård som en filosofi eller förhållningssätt med inneboende värderingar som hos utövaren kräver kunskap, erfarenhet och omdöme för att appliceras och anpassas till varje unik situation. Läser man den statligt initierade utredningen förstärker man att problemen i Storbritannien var mer komplexa än att bara handla om vilket instrument som använts. Utan att gå in i LCP-debatten specifikt väcker den inte desto mindre ett antal frågor.

VAD ÄR DET den palliativa vården tycker är viktigt att bidra med till vården utanför den specialiserade palliativa vården? Hur ser behoven och kontexten ut i mottagande organisation? Hur kan kunskapsutbytet ske? Finns det några risker? För att få svar på frågorna måste åsikter och erfarenheter hos både personal och patienter inom akutsjukvården tillvaratas.

Det vida perspektivet

Akutsjukvården är viktig för den sammanlagda vårdkvaliteten i livets slut i Sverige. Inte bara för att det är där flest personer dör, utan också för att den är

och har varit i kontakt med i stort sett alla patienter som vi möter i den palliativa specialistvården.

Författarna Cohen och Deliens framhåller vikten av att även ha ett folkhälsoperspektiv på palliativ vård, där vård i livets slutskede inte enbart ses som en fråga för den specialiserade palliativa vården och vad som händer i ett patient-vårdar möte. Ett folkhälsoperspektiv kräver att vi lyfter blicken från enbart våra egna enheter och tittar på hela vårdkedjan som berör patienter med palliativa behov. Här krävs det forskning. Forskning som jag så småningom hoppas kunna medverka till genom att bidra med kunskap om palliativa konsultteam och deras potential att möjliggöra att fler patienter i akutsjukvården får ta del av palliativ vård.

TILLBAKA TILL BÖRJAN på neurologien. Min uppfattning är att jag och mina kollegor där gav en god vård till de patienter som befann sig i livets slutskede, men jag är övertygad om att vi hade välkomnat initiativ som hade stöttat oss i den palliativa vården. Trogligtvis hade det gett effekter på flera plan, dels den egna tillfredsställelsen över den vård vi bedrev, dels arbetslagets arbetssätt, men framför allt för

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Susanne Böling

Leg. sjuksköterska, doktorand Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Göteborgs universitet

En studie baserad på kliniska initiativ i akutsjukvården

Tidig identifiering av palliativa vårdbehov hos patienter med matstrupscancer

TEXT // MARLENE MALMSTRÖM & JIMMIE KRISTENSSON

Hur överbryggar vi gapet mellan den kurativt syftande kirurgiska vården och den palliativa vården? Hur kan vi säkerställa en vård av hög kvalitet med fokus på att främja patientens livskvalitet om en av de viktigaste kompetenserna fattas när vården planeras? Dessa frågor ligger till grund för ett forskningsprojekt där syftet är att främja tidig identifiering av palliativa vårdbehov hos personer som drabbats av matstrupscancer och att utvärdera vad utökad palliativ kompetens vid multidisciplinär konferens har för effekt.

IVÄSTVÄRLDEN ÄR matstrupscancer fortfarande en relativt ovanlig sjukdom. I Sverige diagnostiseras cirka 650 nya fall per år. Incidensen varierar geografiskt men matstrupscancer är den åttonde vanligaste cancerdiagnosen i världen och den sjätte vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Även om prognosen har förbättrats så lever totalt sett bara cirka tio procent mer än fem år efter diagnos. Av de som insjuknar har ungefär hälften redan vid diagnostillfället en så avancerad sjukdom att kurativt syftande behandling inte är möjlig. Andra hälften av patienterna erbjuds potentiellt kurativt syftande kirurgi med eller utan onkologisk tilläggsbehandling men med en begränsad förväntad femårsöverlevnad, 28 – 31 procent.

Oavsett om den drabbade kan erbjudas kirurgi eller ej är det känt att livskvaliteten är kraftigt negativt påverkad en lång tid efter diagnos och behandling. Detta tillsammans med den stora risken för recidiv och den korta förväntade överlevnaden ställer krav på att patientens palliativa vårdbehov snabbt identifieras och att vården präglas av samordning och kontinuitet, oavsett initial behandlingsstrategi. Så är det inte alltid idag.

DET GÅR FRAMÅT med att initiera palliativa insatser tidigare i akutsjukvården – men långsamt. Redan för femton år sedan förordade WHO att palliativ vård ska tillämpas redan i ett tidigt sjukdoms-skede. Trots detta erbjuds palliativ vård oftast till personer i livets slut. Både i Sverige och internationellt pågår flera initiativ där palliativa insatser, speciellt i form av palliativa konsultteam, integreras i den akuta slutenvården.

Det finns betydande evidens från stora kliniska internationella studier att integrering av tidliga palliativa insatser i den onkologiska och kirurgiska vården förbättrar patientens livskvalitet, minskar depressioner och ökar tillfredsställelsen med vården för patienter och deras närstående. Dessutom kan integrering av palliativa insatser i traditionell vård leda till minskade kostnader. Trots detta går utvecklingen långsamt, även om det på flera håll finns ett ökat fokus på att säkerställa god palliativ vård redan i akutsjukvården.

VARFÖR TILLGODOSER VI inte redan idag behovet av integrerad palliativ vård? Den senaste tidens utveckling av hälso- och sjukvården med ökad specialisering

som följd ställer ökade krav på att olika specialiteter samverkar för att patienterna inte ska uppleva vården som fragmenterad. Patienter som drabbats av matstrupscancer har, på grund av komplexa och långvariga kvarvarande problem, behov av kompetens som finns inom flera olika specialiteter - samtidigt. Vi behöver därför säkerställa tillgång till vård av den instans som utan dröjsmål bäst kan möta patientens behov. För att möjliggöra detta krävs en bättre samordning.

DENNA VÄLKÄNDA PROBLEMATIK ledde till ett initiativ där en tvärprofessionell grupp formerades med representanter från kirurgi, onkologi, palliativ vård, radiologi, patologi och primärvård. Målet för gruppen var att identifiera möjligheter och hinder för att säkerställa en god palliativ vård för denna patientgrupp.

Arbetet resulterade i ökad förståelse för bristande kunskap mellan olika specialiteter om vilka kompetenser som fanns tillgängliga, insikten i att det saknades verktyg för att systematiskt utvärdera palliativa vårdbehov, att det saknades palliativ kompetens när vården planerades samt att primärvården, som har samordningsansvaret för vården,

ofta har otillräcklig information för att kunna fullfölja sitt uppdrag.

En plan

För att öka samordningen har det inom cancersjukvården införts så kallade multidisciplinära konferenser - MDK. Vid dessa konferenser deltar olika professioner från exempelvis kirurgi, onkologi, radiologi och patologi och en samlad bedömning om patientens fortsatta behandling och vård görs med en behandlingsrekommendation som resultat. För att en MDK optimalt ska gagna patienten behöver sammansättningen av deltagarna vid konferensen anpassas efter de behov patienten kan tänkas ha, samtidigt som det finns möjlighet att utvärdera de palliativa vårdbehoven på ett systematiskt sätt. För patienter med matstrupscancer innebär detta att det i många fall, redan vid MDK, behövs palliativ kompetens samt upparbetade samverkansytor mot primärvården. Detta saknas ofta idag.

PROJEKTETS HYPOTES ÄR att denna typ av utvidgade multidisciplinära konferenser, som inkluderar expertis från palliativ vård, kan vara ett sätt att

”

Den stora risken för recidiv och den korta förväntade överlevnaden ställer krav på att patientens palliativa vårdbehov snabbt identifieras.

öka samordningen mellan vårdgivare och förbättra vården för patienter och deras närstående samt att säkerställa utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens kompetenser och resurser.

Hur säkerställs kunskap från projektet?

För att säkerställa kunskap om effekten av utökad palliativ kompetens och systematisk kartläggning av palliativa vårdbehov kommer detta projekt att utvärderas vetenskapligt av forskare vid Palliativt utvecklingscentrum i Skåne i tät samverkan med initiativtagarna till projektet, kirurgerna Dan Falkenback och Jan Johansson. MDK konferenserna kommer att förstärkas med palliativ kompetens samtidigt som systematisk utvärdering av patienternas palliativa vårdbehov genomförs med hjälp av att den första delen av den nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP del 1) införs.

Sammanfattning

Matstrupscancer är en sjukdom som ofta har dålig prognos och mycket begränsad femårsöverlevnad. För patienter med den diagnosen finns det därför ett stort behov av helhetssyn och insatser redan i ett tidigt skede av sjukdomen för att främja

patientens och de närståendes livskvalitet. Det är angeläget att utifrån ett palliativt förhållningssätt tidigt identifiera patientens behov och vilka vårdåtgärder som är relevanta. Vår förhoppning är att resultaten av projektet kommer att visa på betydelsen av att de multidisciplinära konferenserna kompletteras med palliativ kompetens och att forskningen på ett konstruktivt sätt bidrar till den pågående förändringen inom sjukvården mot ett personcentrerat förhållningsätt, ökad kontinuitet och förbättrad livskvalitet för patienter och närstående. Det är också önskvärt att kunskap från projektet sprids så att patienter oavsett cancer-sjukdom i hela Sverige får del av den.



Marlene Malmström

Leg. Sjuksköterska, Dr. Med. Vet
Palliativt utvecklingscentrum,
Lunds universitet och Region
Skåne



Jimmie Kristensson

Leg. Sjuksköterska, Docent Palliativt utvecklingscentrum,
Lunds universitet och Region Skåne

Långsiktigt gemensamt arbete för ett palliativt förhållningssätt

TEXT // EVELYN PESIKAN

Målet är att erbjuda patienter på Danderyds sjukhus god palliativ vård. Arbetet initierades från början av vårdpersonalen och går långsamt framåt.

DET FINNS ETT övergripande Palliativt råd och det finns en fungerande palliativ process- bland annat på njurmedicinska kliniken. Sedan några år händer det mycket positivt på Danderyds sjukhus i norra Stockholm.

— Vi har lyft frågorna och ökat kompetensen. Att få till en god palliativ vård ökar tryggheten för patienterna och avlastar akutsjukvården, säger biträdande överläkare Annika Alvelius.

PÅ NJURMEDICINSKA KLINIKEN tar man emot cirka 2600 patienter varje år och upptagningsområdet har utökats ytterligare. Det finns 20 vårdplatser där man vårdar patienter med njurmedicinska och internmedicinska sjukdomar.

— Njurklinikens Palliativprocessgrupp bildades 2013 på medarbetarnas initiativ, berättar Annika Alvelius. Gruppen är multidisciplinär och alla klinikens enheter är representerade. Målet är att gemensamt arbeta för en värdig vård i livets slutskede där vi strävar efter att tillgodose våra patienters behov och önskemål.

— Många vill dö hemma men en del dialyspatienter som vårdats hos oss länge känner sig trygga här och önskar dö på kliniken.

Sedan 2013 har Palliativprocessen ordnat olika utbildningar för personalen, bland annat om svåra samtal, olika palliativa faser och smärtlindring.

— Utbildningsinsatserna pågår kontinuerligt. Vi har inga specialister i palliativ medicin och inget palliativt team på kliniken men sedan 2014 finns

det ett Palliativt Råd på sjukhuset där vi är representerade. Målet är att få till ett sjukhusövergripande enhetligt arbete inom detta område och på sikt en palliativ konsultverksamhet.

I den så kallade palliativa processen på kliniken ingår ett utökat samarbete med ASIH.

— Vi har mycket aktiv kontakt, det är viktigt att vi förstår våra olika uppdrag. Njursjuka patienter har ofta utdragna sjukdomar, det händer att de går in och ut ur ASIH. Det är också vanligt att de blir multisjuka mot slutet av livet. Att svårt sjuka människor skickas mellan vårdinrättningar och till akuten i livets slut är en tragedi som vi verkligen vill undvika. God palliativ vård förutsätter samverkan mellan anhörig, patient och vårdpersonal. Ett fungerande samarbete med ASIH avlastar akutsjukvården men ger framförallt patienten ett bättre och värdigare slut.

ETT ANNAT VIKTIGT LED i det utvecklingsarbete som pågår är att i god tid identifiera patienter med palliativa behov.

— Vi kommer att jobba mycket med detta. Det finns utmärkta mätinstrument idag som tyvärr används för sällan. Många av våra patienter finns i den geriatriska vården och tack vare att vi följer dem under lång tid kan vi lättare se deras behov i tid.

PÅ NJURMEDICINSKA KLINIKEN är brytpunktssamtal vanliga.

— Under den tidiga palliativa fasen

förekommer flera olika brytpunkter där man utvärderar behandlingen. Tydliga brytpunktssamtal är en hjälp för alla, inklusive närstående, betonar Annika Alvelius.

De har mycket god hjälp av Palliativregistret i arbetet där de stora målen är att öka kompetensen inom bland annat smärtskattning och att bli bättre på brytpunkts- och efterlevandesamtal.

En tydlig vårdplan som ständigt ses över, god kommunikation och kontinuitet i form av patientansvariga sjuksköterskor och läkare är andra viktiga ingredienser för att en vårdkedja ska fungera hela vägen fram till livets slut, anser hon.

— Teamarbetet är så viktigt i den här verksamheten, liksom externt och internt samarbete. Alla måste vara med och processen måste hållas levande hela tiden, understryker Annika Alvelius och tillägger att hon alltid varit intresserad av palliativ vård.

— Med tanke på vår åldrande befolkning är det en så viktig del av sjukvården, inte minst inom akutsjukvården. Medvetenheten har ökat nu men på senaste nationella konferensen var vi ganska ensamma som representanter från akutsjukvården. Kanske blir det en ändring till den kommande konferensen i mars 2018.

— VI BOTAR YTTERST få av våra patienter som ofta är äldre och multisjuka men det är mycket tillfredsställande att se att man kan göra gott på så många andra sätt.

Så säger biträdande chefssjuksköter-



Nina Öhnfeldt och Annika Alvelius, Danderyds sjukhus

skan Nina Öhnfeldt som har arbetat på Njurmedicinska kliniken i elva år. Sedan 2014 är hon ordförande i sjukhusets Palliativa Råd.

PÅ DANDERYDS SJUKHUS avlider varje år cirka 700 människor- ungefär 600 av dessa dödsfall är förväntade.

— Periodvis ser vi många patienter komma in till akuten, ofta i ett mycket sent skede, ofta inskickade från äldreboenden där brytpunktssamtal inte hållits. Detta skapade en frustration som ledde fram till bildandet av det sjukhusövergripande Palliativa Rådet, säger Nina Öhnfeldt, som är ordförande i rådet som består av 15 representanter, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, från de flesta av sjukhusets kliniker.

— Rådets uppgift är att sprida kunskap om palliativt förhållningssätt och palliativ omvårdnad ut till klinikerna och identifiera utbildningsbehov. Som sjukhusövergripande råd har vi möjlighet att lyfta det palliativa vårdinnehållet till sjukhusledningen och se till att det inte prioriteras bort i "bruset" av all annan viktig vård som bedrivs inom akutsjukvården.

PÅ NJURMEDICINSKA KLINIKEN dör runt 50 personer varje år, en siffra man försöker minska bland annat genom ett förstärkt samarbete med ASIH.

— Vår fördel här är att vi får en så lång relation med många patienter genom dialysbehandlingarna. Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska men utmaningen för oss är att våga prata om synen på framtiden och ta upp frågor om patientens önskemål innan det är för sent. När dessa människor kommer in till akuten med sin långt framskridna sjukdom har de ofta ett palliativt vårdbehov och ska därför bemötas på ett sådant vis.

Att kommunicera innebörden i tidig och sen palliativ fas till såväl patienten, personalen och de närstående är viktigt.

— En del tror att dialys är en botande behandling vilket innebär att det kan vara svårt att förmedla när det är dags att avsluta den. Det händer att döende patienter skickas iväg till röntgen eller andra onödiga och ofta plågsamma undersökningar när de i själva verket bara skulle behöva lugn och ro, säger Nina Öhnfeldt och tillägger att det idag förs en mer öppen dialog kring vårdnivå och vad

som bäst gagnar patienten.

— Klimatet är öppnare och medvetenheten har ökat, men fortfarande lever vi ibland i känslan att döden är ett misslyckande.

— Vi skulle vilja ha ett palliativt konsultteam men dit har vi inte riktigt kommit än trots gott stöd från sjukhusledningen.

HON TYCKER ATT arbetet med att utveckla och integrera det palliativa syn- och arbetssättet på hela sjukhuset går långsamt.

— Det behövs mer utbildning men framtiden är ändå hoppfull. Känslan är att allt vi gör bara kan bli bättre.



Inför detta nummer av tidskriften ställde vi frågan till Nya Karolinska Sjukhuset-NKS om det finns planer för ett palliativt konsultteam på sjukhuset. Trots upprepade kontakter har vi tyvärr inte fått något svar på frågan eller något namn på en person som kan svara på frågor om palliativ vård på NKS.

Vid tidigare förfrågningar om det fanns planer på ett palliativt konsultteam kopplat till sjukhuset var svaret att det inte var aktuellt för på NKS ska inga patienter dö.

Ett palliativt perspektiv på framtidens cancervård

TEXT // CARL JOHAN FÜRST

Regeringen bjöd i juni 2017 in företrädare för olika delar av cancersjukvården till ett "rådslag" i form av rundabordssamtal om framtidens cancervård. Uppdraget för Rådslaget var att belysa frågan om hur vården kan och behöver utvecklas och hur patienten bättre kan involveras i den egna vården.

NEDANSTÅENDE sammandrag handlar om hur ett palliativt förhållningssätt och palliativ vård kan bidra till att förbättra patientens hela vårdkedja i ett långsiktigt och nationellt perspektiv. Fokus ligger i det här sammanhanget på prioriteringar i utvecklingen av den framtida cancersjukvården. Det betyder inte att vården i livets slutskede och av döende patienter ska försummas eller få lägre prioritet. Nedanstående förslag och argument är till stora delar tillämpligt för patienter med andra diagnoser än cancer.

Frågorna som belystes var: Vilken långsiktig åtgärd är det viktigast att regeringen inkluderar i sitt arbete med att utveckla cancervården inför framtiden?

Att integrera det palliativa förhållningssättet och kompetensen inom all cancervård.

Varför är denna åtgärd så viktig?

För att patienter med livshotande cancersjukdom och deras närstående ska få ett adekvat och behovsanpassat bemötande.

Det ger bättre möjlighet till information om sjukdomssituationen, behandlingar och vårdinsatser och därmed bättre förutsättningar att göra informerade val om behandling, planering och prioritering i viktiga livsfrågor.

Bakgrund

Idag har 70–80 procent av alla patienter som dör någon form av palliativt vårdbehov. Patienter med cancersjukdom utgör en stor del av denna patientgrupp. Detta vårdbehov är inte tillgodosett i idag trots ökad uppmärksamhet och positiv utveckling av både palliativ vård och omsorg. Det är också känt att såväl cancerincidensen som den totala cancermortaliteten kommer att öka under de närmaste 20 åren. I en nyligen publicerad studie från Storbritannien beräknas ökningen vara 25 - 47 procent av antalet patienter med behov av palliativ vård. Siffror som sannolikt är relevanta även för Sverige.

Trots framgångar inom tidig upptäckt och behandling av cancer

finns ett totalt sett ökande antal patienter med icke botbar cancersjukdom. Inom vissa diagnosgrupper finns många patienter som redan vid diagnos inte har en rimlig chans till botande behandling och det är ändå vanligare att det vid recidiv inte kan erbjudas effektiv botande eller livsförlängande antitumoral behandling.

Ett flertal studier visar stora vinster med ökad livskvalitet för såväl patienter som närstående när ett palliativt förhållningssätt används. Det inkluderar inventering av palliativa vårdbehov och stödjande och lindrande insatser samt kommunikation och samtal. Den första och mest kända studien publicerades 2010 och avser metastaserande icke småcellig lungcancer där även överlevnadsvinster redovisas trots, eller tack vare, minskad cancerbehandling i den palliativa interventionsgruppen. Andra studier har på olika sätt bekräftat fynden och dessa ligger till grund för American Society of Clinical Oncology - ASCO:s rekommendationer för integration av palliativ vård inom onkologin.

Framtidens cancervård

I framtidens cancervård bör ett palliativt förhållningssätt och vid behov palliativ vård finnas med från ett tidigt sjukdomsskede, parallellt med onkologisk behandling och till livets slutskede.

De viktigaste strategierna blir att tidigt i sjukdomsförloppet identifiera patienter med palliativa vårdbehov för att väga in prognos, livskvalitet och patientens egna prioriteringar och val. För detta krävs kompetensutveckling om förhållningssätt och förmåga att hantera situationer där patienten inte automatiskt erbjuds antitumoral behandling. Då ingår träning i kommunikation och empatiskt bemötande.

För att nå framgång krävs ett strukturerat arbetssätt som genomförs systematiskt. Det kan exempelvis röra sig om att uppmärksamma dessa patienter i samband med multidisciplinära konferenser och att identifiera relevanta kvalitetsindikatorer som går att mäta och följa upp.

”

Det finns ett totalt sett ökande antal patienter med icke botbar cancersjukdom

Palliativ medicin och vård är en liten specialitet vars insatser till stor del behöver genomföras av andra vårdgivare. Förutom palliativ kompetens inom de kliniker som har patientansvar behövs en expansion av den palliativa vården. Det kommer att behövas konsulter med specialistkompetens inom palliativ medicin och vård med tillgänglighet dygnet runt samt för råd och stöd i palliativa frågeställningar och för kompetensutveckling.

Integration och vårdprogram

En ökad integration av palliativ vård inom onkologin kräver att dessa aspekter vävs in i diagnosspecifika vårdprogram för att ge stöd i enskilda patienters vårdförlopp och generellt för planering av vården.

Utbildning och akademi

Palliativ medicin och palliativ vård saknas till stor del inom landets läkarlinjer och på sjuksköterskeutbildningarna liksom även inom övriga vårdprofessioner. Detta bör göras till ett obligatoriskt utbildningsämne som examineras. Det är också av största vikt att stödja möjligheterna till akademisk utveckling av palliativ vård genom tjänstetillsättningar vid universitet och högskolor och genom ökade möjligheter till forskningsanslag.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Carl Johan Fürst

Professor i palliativ medicin,
Palliativt Utvecklingscentrum vid
Lunds Universitet och Region Skåne

fenik

PleurX® är den effektiva lösningen för återkommande ascites och pleuravätska



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

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

Kontakta oss gärna för mer information.

Mail: info@fenik.se
Telefon: 08-25 11 69

www.fenik.se

Diabetesbehandling i palliativ vård

TEXT // PETER FORS

Diabetespatienter är vana att sträva efter så normala blodsockervärden som möjligt för att minimera risken för komplikationer som inträffar tio, femton år framåt i tiden. Många kämpar med övervikt och försöker äta energifattig kost med låg andel snabba kolhydrater. Den palliativa vården är inriktad på symtomkontroll och välbefinnande vilket kan uppfattas både av patienten, närstående och personal som att patientens diabetes negligeras.

Organisation, samverkan, information

En patient med diabetes har ofta kontakt med flera olika mottagningar och personalgrupper som blir färre under sen palliativ fas. Perspektiv och synpunkter på vården varierar med olika personalgrupper och specialister; distriktsläkaren, diabetessköterskan, palliativa teamet, onkologen, hemsjukvården, make eller maka, barn, släktingar med olika medicinska kompetenser med flera. Det är inte heller självklart vem som är ansvarig för beslut om vårdnivå och målsättning och för att utvärdera och omvärdera.

Villkoret för en framgångsrik behandling är att alla måste ”prata samma språk” och arbeta för samma mål. Dessvärre försvåras detta av dagens vårdideologi med en fragmentiserad vård där varje enhet bara ser till sin specialiserade uppgift.

Palliativ vård

I palliativt skede handlar diabetesbehandlingen ofta om att öka energiintaget och att behandla med insulin för att möjliggöra upptaget, lagring

och förbränning av energi. Samtidigt måste hänsyn tas till grundsjukdomens symtom, i vilken utsträckning patienten kan sköta sin egenvård, vilken typ av diabetes som är aktuell, förväntad livslängd och riskerna med lågt blodsocker. Förutsättningarna ändras också över tid och hela tiden krävs hänsyn till i vilket palliativt skede patienten befinner sig.

Tidigt palliativt skede

I tidigt palliativt skede är patienten ofta uppegående, klarar mycket själv och kan fortfarande äta även om aptiten är sämre. Hur näringsintaget fungerar kan också bero på grundsjukdom eller behandling. Det är vanligt att försöka öka näringsintaget genom parenteral nutrition, sondmat eller att stimulera aptiten med högdos kortison vilket kan leda till höga blodsockerhalter som måste behandlas för att kunna optimera energiutnyttjandet, minska glukosutsondringen i urinen och riskerna för intorkning och elektrolytrubbningar.

I livets slutskede

Patienten är ofta kraftigt medtagen och energi- och vätskeintaget är otill-

räckligt. Det är tveksamt om insulin och kontroller tillför något vid typ 2-diabetes. Det går oftast bra att sätta ut insulinbehandling och sluta mäta blodsockerhalten vid typ 2-diabetes i sent palliativt skede.

Vid typ 1-diabetes eller efter total pankreatektomi har patienten en total och absolut insulinbrist. Om insulintillförseln då helt avslutas finns det risk att patienten hamnar i en ketoacidosis, som är ett mycket plågsamt tillstånd med symtom som vid svår magsjuka, kräkningar, illamående och ont i kroppen. Därför bör en liten dos basinsulin finnas kvar med syftet att undvika acidosis. Mät blodsockerhalten x 2 med målnivån 10 - 20. Oftast kan den ordinarie basdosen halveras. Patienten ska sedan inte ha något extra måltidsinsulin även om blodsockret är tillfälligt högt eller om patienten äter.

Blodsockersänkande läkemedel

De diabetesläkemedel som finns är oftast olämpliga och har ogynnsamma biverkningar och alla andra blodsockersänkande farmaka än insulin är olämpliga. Om patienten har förhöjda

blodsockervärden som ger symtom i form av trötthet, intorkning, eller dålig nutrition är det i första hand insulin som ska användas.

Mixinsulin

För patienter med osäkert intag av föda bör mixinsuliner undvikas då de innehåller en stor del direktverkande insulin. Om en patient ska behandlas med mixinsulin måste man försäkra sig om att patienten får i sig föda i anslutning till insulindoseringen.

Basinsuliner

Om patientens födointag är osäkert är det bättre att ge ett basinsulin 1 - 2 gånger per dag beroende på när patientens blodsocker ligger högt.

Direktverkande insulin

Om patienten ska få direktverkande insulin till måltiderna måste man försäkra sig om att patienten avser att äta. Direktverkande insulin kan också ges ”vid behov vid höga blodsockervärden”. En sådan ordination är krånglig och innebär risker. En ordination exempelvis: ”4 E Humalog vb om P-Glukos är över 16”

måste även innehålla: Målblodsocker, när man ska mäta, vid vilka värden som extra insulin behövs, vilken dos, om och när effekten ska kontrolleras och vilka åtgärder som då ska ske.

Ordinera alltid målnivå för blodsockret .

Nedre målnivå: Det farligaste och mest akuta man kan råka ut för är lågt blodsocker!

Med ett blodsocker under 3 fungerar hjärnan dåligt, under 2 kan man bete sig mycket underligt och under 1 innebär oftast medvetslöshet. Låga blodsockerhalter kan ge upphov till förvirring, ilska, relationsproblem, kramper, fallskador och skapar en stor otrygghet för patient, närstående och vårdpersonal. Värden under 5 - 6 bör om möjligt undvikas. Om patienten har ett svängande blodsocker kan det nedre målvärdet ibland behöva vara 8 - 10.

Övre målnivå: Om målsättningen är att patienten ska nutrieras väl med extra näringsdrycker, TPN, sondmat med mera bör värdena inte understiga 10 - 15 Högre värden tyder på dåligt upptag av energi (insulinbrist) och att energin läcker ut i urinen vilket riskerar vätskebrist och elektrolyt rubbingar.

Vid kortisonbehandling. Sträva efter max 15 i P-Glukos 10 timmar efter kortisondos. Se nedan.

När ska blodsockret mätas?

Varje blodsockermätning ska ha ett syfte och det ska vara tydligt vad som ska göras med resultatet.

För många mätningar riskerar för hög aktivitet, överbehandling och hypoglykemier. För få eller mätningar vid fel tidpunkt med ordinationer i blindo kan ge upphov till både känningar, dålig nutrition och symptomgivande låga eller höga blodsockervärden.

Kortisonbehandling

Peroral kortisonbehandling kan utlösa en latent diabetes och ger ofta upphov till symptomgivande höga blodsocker. För diagnos och behandling av kortisonutlöst diabetes är det avgörande att veta hur blodsockret påverkas av kortisonet. Som högst ligger blodsockret 8 - 10 timmar efter kortisonintaget för att närma sig det normala efter 24 timmar.

För att diagnostisera en kortisonutlöst diabetes ska P-Glukos kontrolleras 8 - 10 timmar efter kortisonintag.

Fortsätter på nästa sida

sondosen. Om värdet ligger bra då kan diabetes uteslutas. Om värdet ligger över 15 finns det risk för ökad diures, katabolism, elektrolytrubbningar och energiförluster i urinen. Oftast krävs insulin och behandlingsmålet är att ha ett värde på högst 10 - 15 mmol/l 10 timmar efter intagen dos samt under 10 efter 24 timmar.

Om behandlingen bara ska fortgå några dagar kan blodsockerhalten mätas och extra snabbinsulin ges var 4.e timme efter visst schema. Till exempel:

P-Glukos Insulindos	
> 22 mmol/l	12 E
> 18 mmol/l	8 E
> 14 mmol/l	4 E
> 10 mmol/l	2 E

Om patienten ska behandlas med kortison under en längre tid är det bättre att ge en dos mixinsulin, om patienten äter, eller en dos NPH-insulin till frukost och öka den efterhand till blodsockret ligger på målvärdet 10 - 15 på eftermid-

dagen. Mät blodsocker före frukost, på eftermiddagen och till natten. Om kortison ges vid flera dostillfällen varje dag är det lämpligt att ge en NPH-dos i samband med varje kortisondos och att utvärdera 10 timmar senare. Se gärna: www.diabeteshandboken.se

Låga blodsockerhalter måste undvikas

Alla symtomgivande eller uppmätta blodsockerhalter under 4 ska behandlas med 2 - 4 druvsocker, ett glas söt saft eller liknande. När känningen är hävd ska patienten helst äta något, en smörgås, en banan eller liknande. Om patienten inte kan äta eller är medvetslös kan man gnugga in honung, sirap eller en krossad sockerbit under läppen och tungan. Fungerar inte detta bör glukos ges intravenöst. Finns det en glukagonspruta kan den användas för att försöka häva hypoglykemin.

En patient som har återkommande hypoglykemier och som inte äter måste få sänkt eller helt utsatt blodsockersän-

kande behandling. När hypoglykemin är hävd är det viktigt at försöka komma underfund med varför hypoglykemin uppkommit för att försöka undvika att det ska hända igen.

De vanligaste orsakerna brukar vara:

- Fel insulindos, fel insulin, dubbel dos?
- För hög dos i förhållande till mat
- SU-preparat?
- Svält: För dåligt intag av kolhydrater och energi (tomma glykogendepåer)
- Alkohol?



Peter Fors

Överläkare, medicin, invärtesmedicin - diabetes, Alingsås lasarett

Cecilia Remling,

Överläkare, onkolog, palliativa teamet, Alingsås lasarett

Kristoffer Derwinger

Överläkare, kirurg, palliativa teamet, Alingsås lasarett

Palliativa vårdmodeller för patienter med kronisk psykisk sjukdom i Kerala, Indien

TEXT // CHITRA VENKATESWARAN

Psykiatriska och neurologiska sjukdomar står idag för 14 procent av den globala sjukdomsbördan. Trenden pekar på en brant ökning av dessa sjukdomar till år 2020. Konkret betyder det att var fjärde person på jorden år 2020 kommer att ha en psykisk sjukdom som kräver diagnos och behandling.

PSYKISK SJUKDOM ÄR fortfarande en av de mest försummade och minst beforskade sjukdomarna i låg- och medelinkomstländer, exempelvis i Indien. Psykiatrins ansträngningar att hantera psykisk sjukdom uppnår tyvärr sällan önskat resultat vilket innebär att personer med kronisk och allvarlig psykisk sjukdom ofta lämnas utan vård. Dessa sårbara och sköra personer är antingen övergivna av både sjukvården och samhället eller alternativt är medicinskt överbehandlade med oönskade biverkningar.

Psykisk sjukdom orsakar stor belastning på individer, familjer och samhälle med mycket lidande som följd, något som utgör en enorm påfrestning i ett land som Indien. Det krävs mänskliga, sociala och ekonomiska resurser för att ge patienter med psykisk sjukdom tillgång till effektiv och human behandling.

Psykiatri och palliativ vård har sin utgångspunkt i en biopsykosocial vårdmodell. Även om psykiska problem i den palliativa vården får stor uppmärksamhet idag - exempelvis inom den psykosociala onkologin - har vi aldrig sett det omvända förhållandet. Den psykiatriska vården erbjuder inte palliativ vård för patienter med kronisk psykiatrisk sjukdom annat än möjligen vid vård i livets slutskede. Psykiatrin skulle ha mycket att vinna på att ta till sig ett palliativt förhållningssätt som kommer in tidigare i vårdförloppet, även utifrån ett psykiatriskt perspektiv.

PERSONER MED PSYKIATRISKA

problem som får en dödlig sjukdom och behöver vård i livets slutskede är troligtvis den grupp som får allra minst stöd, i alla fall i det indiska samhället.

Psykiska sjukdomar har olika förlopp, de kan ha ett kroniskt och relativt stabilt förlopp eller vara fluktuerande med akuta symtomförändringar. Ofta rör det sig om långt utdragna sjukdomsprocesser.

På samma sätt som vid somatisk sjukdom medför detta att ett palliativt förhållningssätt kan vara meningsfullt eftersom målet primärt inte är att bota sjukdomen utan att på bästa sätt hantera symtom och funktionshinder. Fokus ska vara på trygghet och livskvalitet.

Det finns förslag på att ta fram en definition av palliativ psykiatri som en utgångspunkt för att diskutera en fortsatt utveckling av palliativ psykiatri. Ett nytt sätt att förhålla sig till ett koncept som nu utvecklas över hela världen.

Parallellt med utvecklingen av den palliativa vården har vi i Kerala utvecklat en modell för vård av patienter med psykiatrisk sjukdom med målet att förbättra vården. Modellen inkluderar helhetssyn och patientcentrerad vård med respekt för patientens autonomi och egna val. Modellen har växt fram tack vare de gemensamma värderingarna och visioner som finns i både palliativ och psykiatrisk vård.

STARTEN FÖR DEN icke-vinstdrivande stiftelsen Mehac kan kopplas tillbaka till utvecklingen av den palliativa vården i norra Kerala. Där finns det en effektiv modell för palliativ vård med ett mycket engagerat lokalsamhälle på volontärbasis. Modellen har rönt internationell uppmärksamhet. Till en början var det enbart patienter med cancer och andra sjukdomar med begränsad överlevnad som vårdades. Så småningom växte verksamheten till att omfatta patienter med olika kroniska sjukdomar. Kerala-modellen stödjer och stärker redan existerande system i samhället för att lyfta fram behoven hos kroniskt psykiskt sjuka patienter och möjliggöra vård för dem. Vården införlivar palliativa vårdprinciper med ett folkhälsoperspektiv tack vare engagemanget från lokalsamhället. Mehac har sedan starten år 2008 intagit en aktiv roll i närsamhället och har hemsjukvård som den utmärkande delen. Det ger psykisk

sjukdom en plats på gräsrotsnivå och stödjer samverkan mellan olika aktörer från det allmänna, privata och ideella. Mehac är aktiv i opinionsbildningen för att öka kännedom om palliativ vård generellt och i detta sammanhang psykiska sjukdomar. Perspektiven är förebyggande vård och rehabilitering. Familjen ses som en helhet med patienten i centrum. Vårdteamet är multiprofessionellt och arbetar icke-hierarkiskt.

Det karakteristiska med denna psykiatriska vårdform är att den på bynivå är integrerad med palliativ vård för patienter med somatiska sjukdomar vilket gör att frågor som stigma kring cancer och psykisk sjukdom kan uppmärksammas och hanteras. Modellen förväntas växa och kan spridas i Indien och andra länder med begränsade resurser.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

- Psykiatriska och neurologiska sjukdomar utgör 14 procent av den globala sjukdomsbördan
- WHO inkluderar psykisk sjukdom bland icke smittsamma sjukdomar
- Människor med allvarlig psykisk sjukdom har ökad mortalitet och minskad förväntad livslängd
- Det talas sällan om palliativ vård för psykiskt sjuka patienter
- Hälften av dem som lider av allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis schizofreni får ingen sjukdomsbehandling



Chitra Venkateswaran

Professor in Psychiatry, Consultant in Psycho Oncology, Department of Oncology and Palliative Care Amrita Institute of Medical Sciences, Kochi, Kerala, India, Clinical Director, Mehac Foundation.

Palliationspraktikan har tre delar:

- **DEL 1** innehåller den basala kunskap som teamet behöver ha för att kunna bedriva palliativ vård oavsett var behovet uppstår.
- **DEL 2** har reflekterande texter, fallbeskrivningar och reflektionsfrågor.
- **DEL 3** är ett informationshäfte till närstående.

Läs mer och beställ böckerna på palliationsakademin.se



Betaniasstiftelsen

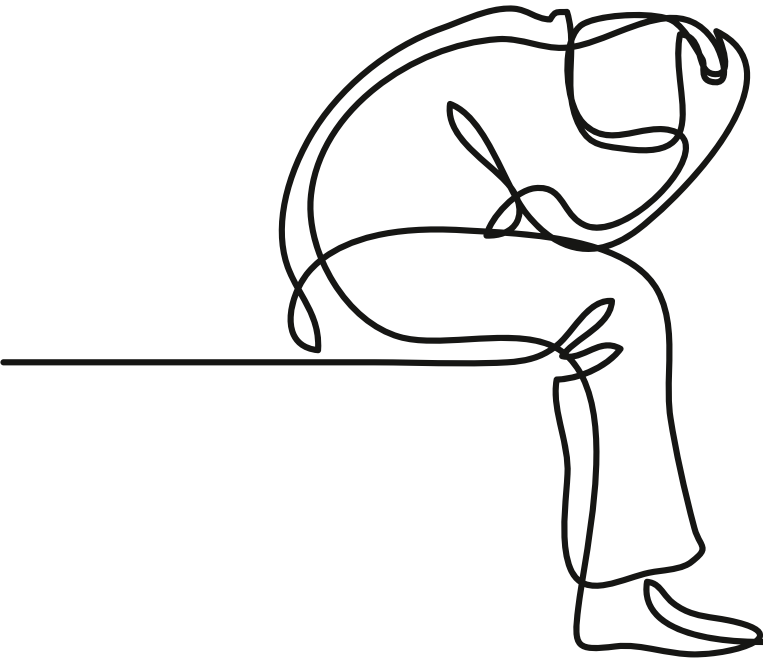
www.betaniasstiftelsen.nu

PALLIATIONS PRAKTIKAN

Palliativ vård för personer med allvarlig psykisk sjukdom – så lite vi fortfarande vet

TEXT // BIRGIT H. RASMUSSEN OCH BENGT SVENSSON

Det är välkänt att personer med allvarlig psykisk sjukdom, oftare än befolkningen i övrigt, drabbas av somatisk sjukdom och dör en förtida död. Vad gör vi i den palliativa vården för dessa patienter?



ISVERIGEDÖR kvinnor med schizofreni i genomsnitt 12 år och män 15 år tidigare än andra och de vanligaste dödsorsakerna är hjärt-kärlsjukdom och cancer¹. Internationella studier visar att cancer upptäcks senare hos personer med svår psykisk sjukdom och att de i lägre grad tar del av förebyggande undersökningar.

En studie från Canada visar att majoriteten av personer med schizofreni dör på särskilda boenden. Därutöver finns lite kunskap om var och hur personer med allvarlig psykisk sjukdom dör och vilka palliativa vårdbehov de har. De få internationella studier som finns, främst från USA och Australien, visar att tillgången till specialiserad palliativ vård är undermålig för dessa patienter.

Det finns inga svenska studier som beskriver läget i Sverige, men det finns anledning att tänka sig att situationen inte skiljer sig nämnvärt från andra länder.

VIGJORDEEN enkätundersökning bland personal som arbetar inom pallia-

tiv vård om och vilka erfarenheter de har av att vårda personer med svår psykisk ohälsa och om detta ställer särskilda

Tabell 1.

Fråga	Medelvärde (spridning)
Fungerade den palliativa vården på det sätt den vanligtvis gör?	3,8 (2-5)
Kunde vårdplaneringen utföras i enlighet med palliativa rutiner?	3,5 (1-5)
Fungerade kontakterna med närstående på likartat sätt som med majoriteten av andra patienter med palliativa vårdbehov?	3,5 (2-5)
Uppstod problem som direkt kan kopplas till personens psykiska sjukdom?	3,5 (2-5)
Har det varit möjligt att ha samarbete med psykiatri i de fall det skulle behövts?	3,0 (1-5)

I tabellen redovisas medelvärdet för frågorna som besvarades. Svarsalternativen var: 1=aldrig, 2=sällan, 3=ibland, 4=ofta, 5=alltid (n=23)

krav. Ett elektroniskt frågeformulär konstruerades baserat på de artiklar som finns och som beskriver tänkbara

problem som kan uppstå i samband med palliativ vård av dessa patienter. Enkäten innehåller, utöver demografiska data, fem slutna och två öppna frågor. Frågeformuläret distribuerades via Svenskt Palliativt Nätverk - SPN:s nyhetsbrev och via hemsidan på Palliativt utvecklingscentrum i Lund.

Särskilda svårigheter med symtomlindring - då gör det palliativa teamet skillnad

Av de 24 deltagare som besvarade enkäten skrev 19 om sina erfarenheter och upplevelser av att vårda personer med svår psykisk ohälsa. En majoritet, 74 procent, var sjuksköterskor och övriga var undersköterskor eller läkare. Medianåldern var 52 år med en spridning mellan 30 – 66 år.

SVAREN TYDER PÅ blandade erfarenheter. Några anger att ingenting fungerat medan andra att det oftast gått bra. Sammantaget angav en majoritet (65 procent) att den palliativa vården fungerade som

den brukar, att vårdplaneringen gick enligt rutin (65 procent) och att kontakten med närstående fungerade (60 procent), definierat som att ha svarat ”ofta” eller ”alltid” på respektive fråga.

Ingen angav att det ”aldrig” uppstod problem kopplade till personens psykiska sjukdom och nästan hälften angav att det ”ofta” eller ”alltid” uppstod sådana problem. Om möjligheterna att samarbeta med psykiatri svarade närmare 43 procent att detta gick ibland, medan 26 procent angav sällan eller aldrig.

Flera skriver att patienter med svår psykisk ohälsa har rätt till samma vård och bemötande som alla andra och att de oftast behöver det palliativa teamets kunskap. Flera upplever att patienterna får den vård de behöver och har goda erfarenheter.

I vissa fall har till och med psykiatri sagt att de aldrig sett patienten må så bra.

Men det är inte oproblematiskt för personalen. Särskilt följande tre områden lyfts fram: kommunikation, tidsaspekt

och samarbete mellan olika vårdgivare.

Svårare med bemötande och att inse vad patienten har förstått och inte förstått

Det mesta handlar om att det är svårt att ge och få information och att veta hur mycket patienten tar till sig av informationen och av det som händer i vården omkring dem. Patienterna kan ha svårt att beskriva besvär, symtom, känslor och tankar och tillåter inte alltid kroppsundersökning, vilket gör det svårt att bedöma hur patienten mår och om symtomlindringen fungerar.

Svårigheterna med att bedöma smärta när ångest och missbruk spelar in, beskrivs också. Det kan också vara svårt att anpassa vården eftersom förändringar inte alltid accepteras, som till exempel en sjukhussäng i hemmet eller att inte få röka för att kunna få syrgas.

När patienten vägrar ta emot mediciner eller brister i följsamhet blir det svårare att vårda. Etiska problem kan uppstå när patienten upplevs som aggres-

siv eller okontaktbar, när injektioner ska ges och när bedömning av läkemedelsreaktioner ska ske, då dessa upplevs vara annorlunda än vad personalen är van vid. Inte minst är det svårt att veta hur man ska göra när patienten inte längre kan svälja psykosmedicinen och när det är rätt tid att sluta med denna medicin.

Det tar längre tid att upprätta behandlingsallians med dessa patienter

Några beskriver att patienterna har ett vårdbehov som svårigen kan tillgodoses på grund av tidsaspekter. Det tar längre tid att upprätta en behandlingsallians med dessa patienter, att komma tillrätta med oro och ångest, men att det ändå med tiden går att komma nära och ge dem en värdig sista tid i livet.

Nödvändigheten av flexibilitet, att kunna sätta sig in i den sjukes situation och att vara följsam att till exempel låta patienten sova på madrass på golvet som vanligt. Patienten vill kanske bara anförtra sig åt någon ur personalen och ingen

”

Svårt att veta hur man ska göra när patienten inte längre kan svälja psykosmedicinen och när det är rätt tid att sluta med denna medicin.

annan accepteras och får tillgång till hemmet. De kan behöva dagliga hembesök eftersom det inte fungerar att lämna läkemedel för flera dagar. Många gånger har patienterna komplicerade familjeförhållanden eller ingen familj alls, vilket försvårar sedvanliga vådrutiner.

Olika vårdgivare har olika förhållningsätt och kunskap

Svårigheter i samarbetet med andra vårdgivare nämns, till exempel att personal inom slutenvården inte lyssnar på personal från den kommunala vården som känner personen väl. Även om patientens önskemål är kända händer det att personal på jourtid inte känner till och respekterar patientens önskemål om att bli vårdad och att få dö hemma. Eller att patienten säger en sak till personalen de känner och något annat till andra sjuksköterskor och läkare.

Olika vårdgivare har varierande förhållningsätt och kunskap och ”glömmer” bort patientens psykiatriska problem. Den personal som arbetar med palliativ vård upplever att det ofta måste läggas mer fokus på personalens rädsla för döende och död än på patienten. Beskrivningar finns också om att det är svårt för patienterna att vistas på eller få tillgång till både slutenvården och kommunal vård, därför att personalen där är rädd

för vårdssituationer som man inte har kunskap om, eller för att patienterna kan störa andra patienter med rop och ångestväckande beteende.

Reflektioner

Fynd från den lilla kartläggningen stämmer överens med fynden från en systematisk litteraturläsa. Den visar att patienter med psykosjukdom kan vara delaktiga om vården anpassas efter deras behov men också att vårddet inte är enkelt. Patienterna kan uppvisa annorlunda beteenden, ha aversioner mot personal, ha svårt att tolerera fysisk kontakt, inte acceptera restriktioner med mat, droger, och rökning och ha dålig följsamhet till behandling. Svårigheter att medverka vid intervjuer för att bidra till vårdplanering kan leda till en ovilja att acceptera behandlingsförslag. Trots detta verkar de som svarat på enkäten ändå kunna hantera många av problemen så att sedvanliga palliativa rutiner kan upprätthållas. I vilken grad detta upprätthålls generellt kan denna studie inte ge något svar på. Fortsatta studier inom området är önskvärda.

Organisatoriska svårigheter

Det finns inga rutiner för samarbete mellan psykiatri och palliativ vård. Detta

leder till missförstånd mellan vårdgivare och inadekvata vårdinsatser. Sannolikt finns det en bristande erfarenhet av att vårda personer med allvarlig psykisk sjukdom bland personal som arbetar med palliativ vård och en bristande erfarenhet hos psykiatrisk personal av att vårda patienter med palliativa behov.

Detta är en liten studie som inte tillåter att några slutsatser dras. Men den pekar på att här finns ett viktigt område att utveckla för att de med svår psykisk ohälsa ska få tillgång till god palliativ vård.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Birgit H. Rasmussen

Professor i omvårdnad med inriktning mot palliativ vård, Inst för hälsovetenskaper, Lunds universitet, Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne



Bengt Svensson

Docent i psykiatri, Institutionen för omvårdnad, Lunds universitet

Patientfall

De 14 patientfall inklusive diskussionsfrågor som tidigare publicerats i tidskriften Palliativ Vård finns nu sammanställda i en fil för nedladdning på www.nrpv.se

Har du ett fall du skulle vilja skriva om så är du välkommen att höra av dig till tidskriften@nrpv.se



Vill du annonsera i tidningen?

Kontakta mig så berättar jag mer!

Mvh
Tanja Nilsson

tanja@adviser.se



040-643 04 05

medi



Alltid garanterat korrekt avtagande kompression

circaid är det enda justerbara kompressionsbandaget på marknaden med mätbar kompression.

Genom att mäta avståndet mellan indikatorerna på varje justerbart kardborreband ser du exakt vilken kompression som applicerats på benet.

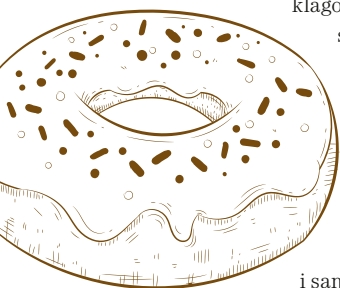
Kompressionen justeras därefter i takt med att svullnaden förändras. Det bästa av allt? Det är så enkelt att många brukare klarar detta helt på egen hand.

Dödscaféer och klimatförändringarna

TEXT // JAMIE WOODWORTH

Mitt namn är Jamie Woodworth och jag studerar Humanekologi vid Lunds Universitet – ett ämne med fältstudier om möten mellan kultur, makt och hållbarhet. På min fritid anordnar jag Dödscaféer.

I APRIL 2016 läste jag "Living in Denial", en bok av Kari Marie Norgaard om Bygdaby, en liten stad i Norge. Där bor människorna på kanten av en smältande glaciär men de är fortsatt övertygade om att det råder trygghet och fred. Att allt är som vanligt, trots de hotande klimatförändringarna och den ekologiska katastrofen alldeles utanför den egna dörren. Jag uppfattade Norgaards klagosång om förnekelse



som en av de svåraste utmaningarna för klimatrörelsen – en rädsla för att se, föreställa sig och diskutera så svåra frågor. Det liknar de svårigheter som finns i samhället i allmänhet när det handlar om att diskutera död generellt och i synnerhet sin egen död.

Som en reaktion på mina blandade känslor av besvikelse och engagemang, beslöt jag mig för att skapa möten där människor med olika bakgrund, helt fritt kunde diskutera döden. Genom diskussionerna hoppades jag att en gemensam acceptans och beredskap för att tala om döden - både på det personliga och det politiska planet – skulle växa fram.

DÖDSCAFÉ ÄR EN "social franchising" som introducerades av Jon Underwood och Sue Barksy Reid i Storbritannien och som nu är spritt till 51 länder. Idag finns drygt 4900 Dödscaféer officiellt

registrerade på Death Cafés internationella hemsida- www.deathcafe.com. Målet med caféerna är att på ett öppet, vardagligt och respektfullt sätt diskutera livets ändlighet över kaffe och kaka. Det är inte ett ställe där man sörjer utan snarare en gemensam ansträngning för att få bort stigma som finns kring döden och att göra den till ett socialt accepterat samtalsämne.

MELLAN 2016 OCH 2017 genomfördes fyra Dödscaféer i Lund. Det första tillsammans med Social Sciences Union och Institutionen för Humanekologi vid Lunds universitet. Två Dödscaféer organiserades tillsammans med Lunds Historiska Museum och det sista caféet tillsammans med Palliativ Utvecklingscentrum i Skåne. Vid varje tillfälle lärde jag mig något nytt och viktigt om vad Dödscaféerna kan erbjuda deltagarna.

Jag övergav min första tanke, som var att genomföra en klimataktivitet i samband med Dödscaféerna, och började istället nansera mitt perspektiv på klimat, samhälle, demokrati och död till att omfatta ett mer expansivt synsätt på dessa politiska tankar och påståenden. Det var till stor del Per Andersson, curator på Lunds Historiska Museum och hans medarbetare Anna Malinowski, som påverkade det sätt på vilket Dödscaféerna i Lund genomfördes. Medan mina initiala tankar om Dödscaféerna var politiska var deras arkeologiska. Före det första Dödscaféet berättade Per om sitt pågående arbete med att ta fram en

plats för barn där de under lättsamma former ska kunna utforska tankar om döden – genom att balsamera sina gamla och glömda mjukisdjur. Museets ingång dekorerades med barnens skulpturer av liemannen, dödsallar och teckningar av Jesus korsfästelse och trots dödstemat kändes rummet inbjudande, fördomsfritt och mycket jordnära. Det väckte nyfikenhet snarare än rädsla. Per berättade om en liten flicka som kommit fram till honom i samband med en utställning som handlade om Peder Winstrup, biskop i Lund under 1600-talet. Flickan berättade att när hon skulle dö ville hon också bli en mumie, som biskopen.

Historiska museets kompetenta personal var ovärderlig för att kunna göra Dödscaféerna till ett demokratiskt utbildningsprojekt. Miljön i museets entré var tilltalande – med möjlighet att kika in från utsidan och läsa om vanliga tankar och handlingar i samband med döende och död. Det gav deltagarna möjlighet att tala fritt och utanför de gängse samtalsämnena utan att bli missförstådda eller behöva kompromissa.

Att många vuxna inte hade ägnat en tanke åt sin egen begravning och sina eventuella önskningar i samband med den, upptäckte jag på det första Dödscaféet.



Engagerat samtal vid ett av Dödscaféerna

De hade helt enkelt inte haft tillfälle att prata om frågan. Inte heller döden eller hur dagens begravningsritualer ser ut hade tidigare diskuterats.

JAG UNDRAR OM Dödscaféerna kan bidra till att den lilla flickan som ville bli en mumie som vuxen vågar närma sig, tala om och ta itu med konsekvenserna av den minskande glaciären? Är döden genom klimatförändringar likadan som annan vanlig död? Sedan kom funderingar om svårigheten att möta död genom klimatförändring var ett för stort semantiskt hopp till den vanliga döden och om de politiska tankarna alls hängde ihop. Oavsett dessa tveksamheter uppfattar jag Dödscaféerna som något meningsfullt för deltagarna, i första hand för deras egen relation till döden, och bara det är positivt.

DET SISTA DÖDSCAFÉET under 2017 organiserades tillsammans med Palliativ Utvecklingscentrum i Lund.

Jag minns särskilt ett samtal med en doktorand. Hon studerade hur barn och unga vuxna som förlorat en förälder hanterade sin förlust och vilken effekt stöd innan föräldern dött hade påverkat hur de mårde emotionellt och hur de utvecklats efter föräldrarnas bortgång. Hon berättade att barn och unga som kunde tala med närstående och vänner samt även med professionella om döden

innan föräldern dog hanterade den svåra situationen bättre och återhämtade sig lättare efter förlusten. Det fick mig att tänka på hur modiga föräldrar och vänner är som deltar och lyssnar och finns vid deras sida. Med detta som bakgrund tänkte jag på de klimatförändringar som International Panel of Climate Change har förutspått med de värsta sociala och känslomässiga konsekvenser man kan föreställa sig.

När konsekvenserna av klimatförändringarna blir tydliga skulle jag vilja leva i ett känslomässigt och socialt stabilt samhälle som kan hantera katastroferna när människor, samhällen och landmassor förstörs. Då vågar vi öppet tala om dessa frågor. I ett sådant samhälle kan ett arbete för ett framtida mer rättvist klimatarbete bli möjligt. Då är döden en realitet men en mer förståelig och hanterbar sådan.

Om den moderna medicinen kan fokusera på palliativ vård och hjälpa barn som konfronteras med motgångar och död då kanske dessa barn, som ärver Jorden efter oss, också kan åtgärda klimatfel och tänka sig en annan framtid.

SAMMANFATTNINGSVIS blev Dödscaféerna inklusive arbetet med alla samarbetspartners ett helt unikt projekt. Jag lärde mig mycket, bland annat vikten av att kunna tala om döden och vilka olika mål och meningar dessa samtal kan ha för deltagarna. Jag vidhåller min övertygelse om att döden är en viktig utgångspunkt för diskussionen i samband

med klimatförändringar. Hoten mot mänskligt och andra former av liv ökar påtagligt när jordens klimat förändras och fossila bränslen fortsätter att användas. Det är av den anledningen jag ser Dödscaféerna som ett ekologiskt och politiskt projekt. De blir ett verktyg för att lära sig hur man bäst genomför möten för att tala om döende och död och därmed kunna hantera och tala om andra svåra frågor. Och hur man kan lära sig att leva med och fortsätta att orka leva trots att så många människor, platser och annat oundvikligen kommer att förstöras och dö. Men jag har också lärt mig att genom att tala om döden förbättras livet och det är en viktig insikt, oavsett alla politiska synpunkter. Dödscaféet utvecklade sinnen och minskade stigma kring döden och många uppriktiga och glädjande nya ord och tankar blandades med kaffe och kaka.

Artikeln med referenser finns på www.nrvp.se



Jamie Woodworth
Master's in Human Ecology: Culture, Power and Sustainability, Lund University. Bachelor's in Environmental Studies and in Women and Gender Studies University of Colorado at Boulder, USA

Möt en specialist!

Kirurg + palliatör = bra kombination

TEXT // EVELYN PESIKAN

Hon är en av landets få specialister i palliativ medicin men är sedan lång tid tillbaka även kirurgspecialist, med inriktning på bröstkirurgi.

— Det är en utmärkt yrkeskombination som fler borde välja, säger dubbelspecialisten Susann Plate som tillsammans med sitt team byggt upp en välfungerande palliativ verksamhet på Sjukhuset Arvika.

SUSANN PLATE, som fyllt 60 år, är bördig från Skåne men har tillbringat merparten av sitt vuxna liv i Värmland.

— Jag kom hit som AT-läkare i början av 80-talet och har, bortsett från studier och tjänstgöring på annat håll, varit det här sjukhuset trogen sedan dess. Kirurgin lockade mig nästan omedelbart så under en period hoppade jag av AT-tjänstgöringen för att istället arbeta som kirurg.

Efter avslutad kirurgspecialistutbildning återvände hon till Arvika, till det ytterst omväxlande jobb som hon verkligen älskar.

— På ett litet sjukhus får man göra allting som kirurg, akuta ingrepp, ortopedi, mag-tarmoperationer med mera. Jag valde att specialisera mig inom bröstkirurgi och där väcktes mitt intresse för palliativ vård. I mitt nuvarande dagliga värv - där jag är 50 procent palliatör och 50 procent kirurg - har jag mycket stor nytta av min breda erfarenhet.

Susann Plate var med i den kull läkare som 2005 gick den första nordiska specialkursen i palliativ medicin - ett val som kändes helt självklart eftersom hon under lång tid hade träffat människor med behov av palliativ vård.

IDAG ÄR hon verksam som överläkare på kirurgkliniken, dit ett palliativt team är kopplat.

— Vårt team består av fyra palliativt utbildade och ovanligt nog även cytostatikacertifierade sjuksköterskor och en fysioterapeut.

— Här får alla vara beredda att göra

många olika saker, beroende på vad patienten behöver. Beslutsvägarna är korta på ett litet sjukhus. Vi känner patienterna och de känner oss, säger Susann Plate och tillägger att det som doktor är omöjligt att "gömma sig" från ansvar på en så liten enhet.

— Eftersom vi bara arbetar på kontorstid har vi ett nära samarbete med distriktsjuksköterskorna som är vår förlängda arm ut till patienterna. Det finns inget ASIH här men vi gör hembesök, även till särskilda boenden, och vi fungerar som ett konsultativt team. Vi ordnar olika utbildningar regelbundet, bland annat i smärtlindring.

HON BERÄTTAR ATT mer än 90 procent av de patienter som är anslutna till teamet dör hemma, inte på sjukhuset. En statistik hon är nöjd med.

— Den palliativa vården ska vara nära människorna. Idag, när allt fler lever allt längre med sina sjukdomar, är problemen mer komplexa vilket leder till en mer högspecialiserad vård. Palliativ vård är inte bara att hålla någon i handen, säger hon och tillägger att hennes sammantagna yrkeserfarenheter har hjälpt henne att forma sitt nuvarande jobb. Något som hade varit svårare på ett större sjukhus.

— Jag anser att kombinationen kirurg och palliatör är alldeles utmärkt men tyvärr är det lite svårt att locka yngre kirurger till palliativ medicin. Intresset för den patient-kategori vi arbetar med är svagt, många tycker det är både roligare och viktigare att ägna sig åt operationer.

— Men den stora drivkraften för mig är att dagligen se vilken skillnad man kan göra för dessa ofta "övergivna" patienter, som finns – och alltid kommer att finnas – överallt.

— Med basal kunskap om bland annat smärtlindring kan man hantera så många olika tillstånd.

Hur vanliga är dödsbäddssyner hos cancerpatienter?

TEXT // PETER STRANG

Morita T. et al.: Nationwide Japanese survey about deathbed visions: "My deceased mother took me to heaven". Journal of Pain Symptom Management 2016; 52: 646-654.

Vi vet att förvirringstillstånd är vanliga i livets absoluta slutskede. Den döende personen är inte alltid orienterad i tid och rum, känner inte igen personer och kan te sig förvirrad. Det förekommer också att patienten upplever skrämmande hallucinationer som kan vara läkemedelsutlösta.

Men ibland har patienterna en annan typ av upplevelser. De kan vara relativt klara i huvudet, men upplever ändå närvarokänsla av avlidna släktingar, ibland till den grad att de också ser personerna i rummet. Som regel är sådana upplevelser lugnande och kan minska patientens dödsångest, eftersom patienterna tolkar det som att de döda personerna har kommit för att "hjälpa dem" över gränsen. Dödsbäddssyner är delvis ett missvisande begrepp, eftersom vissa personer ser avlidna släktingar flera veckor före sin egen död. Denna typ av syner förekommer i alla kulturer, men hur vanliga är de?

Frågeställning och metod:

Morita och medarbetare gjorde en nationell studie i Japan för att få en uppfattning om frekvensen. Man skickade ut en enkät till anhöriga och kunde till slut analysera 2221 svar. I denna studie definierades dödsbäddssyner på följande sätt: den döde hade sett och beskrivit a) avlidna personer, eller b) beskrivit scener som handlade om himlen eller om livet efter detta. Speciella drömmar, där döda anhöriga träder fram och ger ett "budskap" exkluderas.

Resultat

Totalt var det 21 procent av de närstående (463 personer) som visste att den döde hade upplevt dödsbäddssyner. Upplevelserna var vanligare hos kvinnor än hos män och sågs oftare om patienten var man över 70 år. Vilken cancerform patienten hade spelade ingen roll, inte heller utbildningsgrad, ekonomi (höginkomsttagare jämfört med låginkomsttagare) eller religiös tillhörighet. Frekvensen av dödsbäddsupplevelser var lika hög oavsett om man var troende eller ateist.

Ungefär 50 procent av patienterna hade blivit lugnade av synerna. Samtidigt ansåg ungefär hälften av de närstående att

synerna antingen var hallucinationer på grund av medicinering eller relaterade till avtackling. Ett intressant bifynd var att närstående pratade om dessa syner sinsemellan i över 80 procent av fallen, men bara undantagsvis med personalen.

Diskussion

Studien är det största som gjorts kring dödsbäddssyner, i tidigare undersökningar har man framför allt redovisat observationer från enskilda avdelningar. Nackdelen är att den valda metoden med en anonym enkät har svagheter. I de flesta studier brukar man skilja mellan hallucinationer, det vill säga psykos, och mer renodlade dödsbäddssyner, vilket är viktigt för att förstå vad en dödsbäddssyn egentligen innebär för den döende. Patienter som upplever en psykos eller lider av ett kraftigt förvirringstillstånd brukar bli oroliga och till och med rädda, men en psykos är inte samma sak som dödsbäddssyner. Det kan förklara varför denna studie skiljer sig från tidigare undersökningar. Bara hälften av närstående beskrev att den döende blev lugn av dödsbäddssynerna.

Studien visar ändå att fenomenet är relativt vanligt. Sannolikt ger den valda metoden för låga siffror, eftersom man tillfrågat närstående långt efter dödsfallet, istället för att göra en undersökning där man pratar direkt med döende patienter. I tidigare studier har frekvensen ofta legat på 50 procent och upplevelserna har nästan alltid uppfattats som lugnande. Det stämmer också väl med min egen kliniska erfarenhet.

Det skulle behövas systematiska svenska undersökningar kring detta fenomen. Min gissning är att dödsbäddssyner är betydligt vanligare än vi tror, men att den döende väljer att inte berätta om upplevelserna om inte frågan ställs.



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

Susann Plate

Kirurg och specialist
i palliativ medicin
Sjukhuset Arvika

Debatt

Två gissningar leder inte till en sanning

Sjukvårdens ansvar är att sätta patientens behov främst och yrkesetiken är ett rättesnöre att förhålla sig till. Läkaretikens grundläggande principer är: om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta och aldrig skada. Att sörja för en så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede och en så smärt- och ångestfri död som möjligt är grundläggande i den palliativa vården. Ibland höjs röster i debatten om att sjukvården också borde erbjuda en värdig och smärtfri död den dagen patienten så önskar. Dödshjälp är dock väsensskilt från att bedriva sjukvård.

DET ÄR OFTA begreppsförvirring när debatten kring dödshjälp förs, därför vill jag börja med grunderna.

Eutanasi betyder "god död" men används som synonym till dödshjälp. *Dödshjälp* innebär att en patient som vill dö, får en dödlig dos av ett läkemedel. *Vid läkarassisterat självmord* utför inte läkaren den dödande behandlingen, men genom att förskriva en dödlig dos av läkemedel skapas förutsättningar för patienten att ta sitt liv.

Avslut av livsuppehållande behandling

Ibland används det olyckliga begreppet passiv dödshjälp vid avslut av livsuppehållande behandling. En beslutskapabel patient har rätt att själv bestämma om en behandling ska fortgå eller avslutas och detta gäller oavsett om patienten är i livets slutskede eller inte.

Om en patient inte har möjlighet att ta egna beslut ska man försöka behandla enligt de önskningar som patienten tidigare har uttryckt. En patient vars vilja inte går att fastställa ska behandlas enligt det alternativ som från medicinska och humanistiska aspekter bäst tillgodoser patientens behov av värdighet och integritet.

Att avsluta en livsuppehållande behandling klassas inte som dödshjälp då det är grundsjukdomen, och inte behandlingen, som orsakar att patienten avlider.

Slutligen finns palliativ sedering, där patientens vakenhetsgrad sänks i syfte att lindra symtom i livets slutskede.

”

Det är omöjligt att på individnivå förutsäga att någon har sex månader kvar att leva

DEN VARIANT AV dödshjälp som främst förespråkas i Sverige är Oregonmodellen. Den innebär att en patient som enligt två oberoende läkares bedömning har maximalt sex månader kvar att leva, ska kunna få en dödlig dos av läkemedel förskrivna. Patienten kan sedan själv välja när och hur dosen ska intas. Modellen har flera svagheter. För det första, två gissningar leder inte till en sanning. Det är omöjligt att på individnivå förutsäga att någon har sex månader kvar att leva. Modellen öppnar vidare för att en person spontant väljer att ta sitt liv en dålig dag, en dag som kunde ha följts av flera bra dagar om patienten fortsatt leva.

Det finns en risk att patienten väljer döden för att lindra symtom som vi i sjukvården hade kunnat lindra om vi haft kännedom om dem.

Det finns också en risk att dödshjälp väljs som utväg för en patient som inte vill vara en belastning för anhöriga eller för samhället.

DE SOM FÖRESPRÅKAR legaliserad dödshjälp gör det med argumentet att alla ska ha rätt till en värdig död. Diskussionen tenderar därefter ofta att hamna snett. Jag möter förespråkare som beskriver en rädsla för en otroligt smärtsam

och ångestfylld död om vi inte tillåter dödshjälp. Min upplevelse är att många förespråkare inte har kännedom om hur mycket vi faktiskt kan lindra. Man tar även upp att den palliativa vården inte är tillräckligt utbyggd, och att vi därför måste tillåta dödshjälp. Jag tycker det är fel utgångspunkt.

Den palliativa vården behöver absolut tillskjutas resurser, och kunskap i god palliativ vård behöver spridas till alla som vårdar patienter med obotbara sjukdomar.

Bristande tillgång på palliativ vård får aldrig vara en anledning till att tillåta dödshjälp.



Elin Karlsson

Leg. läkare, ordförande i Läkarförbundets etik och ansvarsråd

Hör av dig - med tips!

Har du tips på en artikel eller ett debattinlägg. Vi ser fram emot synpunkter på innehåll och gärna förslag till hela artiklar till tidskriften eller varför inte - skriv själv.

Kom med förslag och texter till tidskriften@nrpv.se



Vill du ha kostnadsfria nyhetsbrev om palliativ vård?

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



neria™

- en mjuk väg 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

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

ConvaTec

Bertil

TEXT // REDAKTIONEN

BERTIL ÄR 81 år och kommer in akut till sjukhuset efter att under flera dagar varit yr i huvudet, fått allt svårare med balansen, och till sist inte förmått att lyfta höger arm. Bertil har hustru och en dotter och kommer in med ambulans tillsammans med hustrun som lyckats övertala maken att söka sjukvård. Hon är självklart mycket orolig och misstänker en stroke.

På akutintaget misstänker personalen och jourläkaren, precis som hustrun, en stroke, och detta bekräftas med en akut CT följt av en magnetkameraundersökning. Röntgen visar en stor infarkt i vänster hemisfär – närmast en arteria cerebri media infarkt. Det är inte möjligt med några akuta ingrepp; trombolys (upplösning av propp med läkemedel) eller trombektomi (kärlkirurgiskt ingrepp). Den akuta strokevården vid sjukhuset är nuförtiden mycket aktiv och ett föredöme i landet.

Bertil läggs in på den neurologiska avdelningen på en överbelägningsplats då halva avdelningen är stängd på grund av personalbrist. Försök till tidig rehabilitering med strokerehabteamet och tät övervakning av övrig personal är inte möjlig då personal saknas.

BERTIL FÖRSÄMRAS kraftigt de närmaste dagarna. Hela vänster kroppshalva är nu förlamad och Bertil sjunker i vakenhet, sover mycket med en snarkande andning. De stunder han är vaken är han orolig och verkar oklar. Kanske har han också smärtor. Hustrun som ofta sitter vid hans sida känner inte igen honom alls och är mycket orolig och frågande inför vad som drabbat maken. Bertil har fått en kateter, ligger på en antidecubitusmadrass och behöver hjälp med all omvårdnad. Dropp har satts och 1000 ml Glukos 5% ges per dag då han inte kan tugga och svälja. Bertil är svårstucken och visar tydligt stort obehag när sjuksköterskan försöker sätta ny nål (PVK).

Hustrun och dottern har av avdelningsläkaren kallats till ett

samtal då Bertil vårdats på avdelningen någon vecka. Läkaren berättar att Bertil drabbats av en stor stroke som påverkar stora delar av höger hjärnhalva. Området i hjärnan är mycket svullet, vilket förklarar en del av försämringen och i skadans randområde har det tillkommit blödningar. Prognosen är mycket oviss. Hustrun förstår att maken kanske inte överlever skadan och hon önskar bara att han inte ska behöva lida. Hon har erfarenhet av stroke då hennes syster insjuknade i detta ett par år tidigare.

Dottern däremot har svårt att acceptera allvaret i situationen utan hoppas starkt att pappan ska tillfriskna, helst helt och hållet. Hon tar dagligen med sig mat och försöker mata Bertil, som mest sätter i halsen. Hon försöker hela tiden väcka pappan så att han kan börja träna för att bli starkare. Personalen på avdelningen samtalar många gånger med dottern om Bertils tillstånd, men upplever att dottern inte alls kan ta in och förhålla sig till pappans svåra sjukdom, försämring och framförallt osäkra prognos. Till slut blir dottern mest arg och säger att personalen inte bryr sig om pappan – de vill bara bli av med honom.

TIDEN GÅR OCH Bertils tillstånd är fortfarande stabilt men dåligt. Det blir allt svårare att sätta en PVK för att ge dropp. En infektion tillstötter men behandlas framgångsrikt. På rondens diskuterar om en central venkateter ska sättas, men inget beslut fattas. En ny CT av hjärnan visar nya småblödningar, ett stort infarktdrabbat område men inte mycket kvarvarande svullnad. Läkarna kan nu med lite större säkerhet ge en prognosbedömning som är att Bertils tillstånd inte kommer att förbättras nämnvärt. Han kan med hjälp av lift sättas upp i rullstol korta stunder men mest ligger han i sängen. Rehabteamet gör bedömningen att potentialen för rehabilitering är mycket begränsad. Han pratar inte mycket, men kan berätta att han är trött och ibland har ont i kroppen. Han ter sig allt mer nedstämd och uppgiven. Hustrun

är trött och ledsen och kommer på besök varje dag men det tar på hennes krafter att se maken så deprimerad och förändrad. Dottern fortsätter att vara mycket oroad över det bristande matintaget och tror att det är orsaken till mycket av svagheten. Hon önskar också att ett program för aktiv rehabilitering äntligen startar. Hon läser på olika hemsidor om rehabiliteringsprogram och efterfrågar vård på den specialiserade rehabiliteringsenheten på sjukhuset.

BERTIL OCH SITUATIONEN för de anhöriga diskuteras ofta på rondens och även på avdelningens terapikonferens. Vårdtiden börjar bli ganska lång vilket stressar personalen.

Rehabiliteringsteamet bedömer att rehabiliteringspotentialen är mycket begränsad, då det är klarlagt att det är en stor skada och att längre observationstid inte ändrar den bedömningen. Näringsintaget är ett problem, och möjligheten att anlägga en PEG (en slang för att ge näring direkt in i magsäcken via bukvägen) diskuteras men inget beslut fattas. Bertils tillstånd bedöms så dåligt att ingreppet inte är självklart. En näringssond sätts genom näsan, men Bertil hostar upp den eller drar ut den vid flera tillfällen. Han kan svälja små mängder timbalkost (finfördelad mat). Bertil är också alltmer orolig, särskilt på nätterna och därför mycket omvårdnadskrävande. Förslaget från vårdteamet är att vid en vårdplanering ansöka om en plats på ett kommunalt boende. Dottern erbjuds samtal med klinikens kurator då personalen anser att hon har ovanligt svårt att acceptera sin pappas sjukdom och situation - dottern avböjer förnärmat.

När läkaren samtalar med familjen om den föreslagna planeringen förstår hustrun resonemanget och hon gråter lite. Dottern blir arg, lämnar rummet och meddelar att hon ska anmäla sjukhuset för vanvård.

Efter sedvanlig vårdplanering lämnar Bertil efter tre veckor

strokeavdelningen för ett kommunalt korttidsboende. En PEG sattes in till slut och välling ges. Bertil har aspirerat (fått ner välling i lungorna vid något tillfälle på avdelningen). Läkaren sammanfattar efter utskrivningen att det varit en ganska lång vårdtid, och att inriktningen på vården upplevdes som svår att fastställa.

Efter en tids allmän försämring och infektion, möjligen en aspirations-pneumoni, avlider Bertil sju veckor efter att kommit till boendet.

Några frågor att diskutera:

- Har du i ditt arbete träffat patienter som Bertil? Om ja vilka erfarenheter och synpunkter har du som kan förbättra Bertils vård och omhändertagande?
- Fick Bertil och hans anhöriga en god vård - ur ett palliativt perspektiv?
- Är det möjligt att applicera sedvanliga palliativa bedömningar vid en omfattande strokesjukdom?
- När och hur kan en brytpunktsbedömning till livets slutskede göras på ett medicinskt säkert sätt?
- Näringstillförsel är viktigt men ofta svårt, som hos Bertil. Tycker du att den frågan sköttes på ett bra sätt under vårdtiden? Om inte hur skulle frågan hanterats på ett bättre sätt?
- När i ett strokeförlopp är det möjligt för fysioterapeut och arbetsterapeut att göra en mer långsiktig bedömning av patientens rehabiliteringspotential?





Kort om förkortningar

TEXT // OLAV LINDQVIST

I tider med stark aktivitet i sociala medier och med en snabb förändring av språket, måste man stilla fråga sig vem som egentligen förstår alla olika förkortningar?

"IMÖTET MED den döende patienten är språket ett av våra viktigaste verktyg" skrev Lars Sandman under denna rubrik i nummer 2, 2016. I språket som verktyg ingår naturligtvis också hur vi använder förkortningar, och det gäller inte bara till den som är döende utan även till närstående och alla kollegor inom vård och omsorg.

Det jag och Nationalencyklopedin menar med förkortning är "återgivande av språkligt uttryck i förkortad form" som till exempel t.ex. mm. Även initialförkortningar som skrivs med stora bokstäver som exempelvis: PS för post scriptum, SKF för Svenska Kullagerfabriken.

Introduktionen av nya förkortningar förefaller att gå extra snabbt sedan teknikutvecklingen möjliggjort nya sätt att kommunicera på. Först via sms (Short Message Service) och sedan allehanda sociala medier. För en medelålders person kan det emellanåt kännas en smula svårt att hänga med... Några exempel (delvis redan föråldrade): btw = by the way/förresten, irl = i riktiga livet, lol = laughing out loud/skratta rätt ut. Och jag går här inte in på det ännu mer aktuella fenomenet med smilis- och emoji...

I vården kan man fundera över de olika förkortningar som används och om ADL, PEG, CT, Hb med flera alltid förstås eller förklaras i samtal med patienter och närstående. Förkortningarna är en del av det språkliga verktyget för yrkesutövandet och en ofrånkomlig del av personalens yrkesspråk. Men det är viktigt att tänka på att förkortningar som är vedertagna för personalen, inte alltid är självklara utanför skräet. Har patienten och närstående dessutom ett annat modersmål, riskerar oförklarade förkortningar att göra kommunikationen än mer problematisk.

ETT EXEMPEL PÅ förkortningar som används inom vården är initialförkortningar på verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård i hemmet såsom "ASIH"- Avancerad Sjukvård i Hemmet. Men hur många utanför verksamheten eller som har vårdats eller varit anhörig till någon som vårdats där vet vad det betyder? Man kan även undra hur många som vet vad förkortningen står för inom palliativ vård då benämningen av liknande verksamheter varierar över landet som exempelvis LAH, SAH, SSIH.

Socialstyrelsen har nyligen påbörjat ett fördjupat definitions-

arbete om palliativ vård, med involverad palliativ expertis, och kanske kan det starta en process som bringar någon form av klarhet om mer än bara vad förkortningarna står för – kanske även innehållet kan tydliggöras och bli mer enhetligt över landet. Och därigenom kan förhoppningsvis antalet förkortningar minskas, åtminstone för specialiserad palliativ vård i hemmet. Å andra sidan, namn på verksamheter som verkat inom ett område under lång tid och som en stor del av lokalbefolkningen känner till och har hört talas om – det kan vara en fördel för palliativ vård och vid ett namnbyte kanske något går förlorat som det tar tid att arbeta upp igen.

Och visst är det så, att det som sägs av personal som vårdar patienter i livets slutskede, ofta sätter sig i minnet hos närstående - på ett alldeles särskilt sätt? Här styrks min tes av "Ord" av Alf Henrikson Underfund, 1972.

Ett ord som en människa fäster sig vid kan verka i oberäknelig tid.

Det kan framkalla glädje till livets slut,

det kan uppväcka obehag livet ut.

Ja, det påverkar livet på jorden.

Så slarva inte med orden!

Så, kära läsare, har du exempel på förkortningar och ord i allmänhet som du tycker att vi borde vara försiktigare med i den palliativa vården, eller idéer om vad verksamheter för specialiserad palliativ vård i hemmet ska kallas - hör av dig till tidskriften@nrpv.se med dina reflektioner.



Olav Lindqvist

Leg sjuksköterska, med dr, Umeå SFPO



Vi svischade fram

Före swishens tid, före mobiltelefoner i fickformat, före all nedmontering av vården

JAG VILL FÅ skriva en hyllning till alla under-dunder-sköterskor i vården! Jag tänker egentligen utanför begrepp som yrkestitlar, det finns ju en hel massa under-dunder-människor i vården. En sprängmarsch i hemstadens kulvertsystem alldeles nyligen fick mig att se bilder från en svunnen tid. Jag såg mig själv för mer än tjugo år sedan i samma kulvertar.

Då var jag undersköterska en sommar på urologen. En fantastisk sommar, jag tror solen sken varje dag. En riktigt bra läroperiod, en tid i livet att bevara i minnet.

Vissa bitar av den sommaren minns jag bättre än andra. Som att jag lärde mig sätta kateter och att sjukhussängar är svårmanövrerade. Två kunskaper som består, även om jag inte sätter katetrar längre, för det är ju oftast under-dunder-sköterskornas uppgift.

FAST EN AV de bästa bitarna av sommaren var sparkcykelracen med min nyvunne under-dunder-sköterske-kompis. Hon var en av alla de där goda människorna i vården som lärde mig massor om sjukvård och livet. En van och trygg undersköterska som visade sig ha en oanad talang för att köra sparkcykel jättefort i kulvertar med lagom längd.

En av de sista dagarna på mitt sommarjobb bad hon vår teamsköterska om några minuters tidsutrymme enkom för att få möjlighet att susa runt med mig i kulvertarna en sista gång. Ja, hon kanske inte framställde saken exakt så, men sköterskan log och gav oss tio minuters ledighet. Det var som om hennes leende visade att hon egentligen visste vad vi skulle göra. Kanske hade även hon fått möjligheten att känna suset i kulverten ihop med just denna undersköterska.

TJOHO, VAD DET gick. Vi svischade fram. Före swishens tid, före mobiltelefoner i fickformat, före all nedmontering av vården.

För frågan vi numera kan fundera över är om vi nuförtiden någonsin har tid för dylika utfärder? Inte för att jag propagerar för att vi ska slösa bort tid, det ligger inte för mig. Det jag undrar är, om vi efter alla omorganisationer har kvar någon tid för rena glädjehöjare, som enbart är till för att vi ska kunna fortsätta jobbet effektivt och med ett leende på läpparna.

För jag är rätt säker på att sådana andningshål är precis vad vi måste ha för att fortsätta vara så effektiva som möjligt.

Och för att vilja stanna kvar på våra arbetsplatser.

FÖR DET ÄR ju det som vi nu ser i omorganisation nummer 247 eller 248, att personalen har slutat le. Sedan har de slutat. I mängder. Bara på vår akutvårdsavdelning har 27 stycken i personalen slutat förra året. Det beskrivs av ledningen som »många«. Jag tänker att det är en katastrof.

En tredjedel av den vana personalstyrkan har försvunnit och ersatts av nyutexaminerad personal. De nya blev så stressade att man nyss var tvungen att stänga platser och påbörja utbildning i arbetet på golvet. Jag hoppas att det är tillräckligt för att få dem att stanna.

För när de vana inte finns där och guidar de nya, saknas det inte bara medicinsk och praktisk kompetens, det saknas även sparkcykelrace i kulverten.

Fast ja, jag erkänner, det händer fortfarande då och då, att jag tar i lite extra på sparkcykeln. Inte bara för att hinna mer, utan även för att få känna suset och le.

Jenny Persson

Överläkare, medicinkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Krönikan har tidigare publicerats i Läkartidningen.

Nästa nummer

Tema: Barn - som patient och närstående



Sista dag för inlämning av abstrakt är 1 november 2017.
Svar om ditt abstrakt är godkänt kommer den 14 december 2017.
Det preliminära programmet finns på hemsidan.

Profilen

Helena Nikula - sjukhuspräst

TEXT // EVELYN PESIKAN

Det är flera faktorer som har lockat sjukhusprästen Helena Nikula att börja verka inom den palliativa vården.

— Jag tycker om omsorgen, helhetssynen, att det andliga och existentiella får ta plats. Att det inte bara handlar om det fysiska.

Idag arbetar hon på Stockholms Sjukhem och är medlem i NRPV:s styrelse sedan 1,5 år.

Det var ingen självklarhet att 47-åriga Helena Nikula, född i Österbotten i Finland, skulle välja prästyrket.

— Jag kommer från ett kristet hem och det finns några präster bakåt i släkten men som barn var jag nog inte mer intresserad av religion än andra. Jag tyckte om att delta i kyrkans barnverksamhet och jag blev konfirmerad, men bestämde mig ganska sent för att läsa teologi.

HON BLEV PRÄSTVIGD i Finland för 17 år sedan och har sedan dess bland annat arbetat som sjukhuspräst i Visby, på Södersjukhuset och Ersta sjukhus i Stockholm.

— Jag visste ganska tidigt att jag ville ha ett människonära yrke. Jag är intresserad av människor och tycker om att lyssna och att samtala. Som präst är det viktigt att vara hemma i det kristna budskapet men allra viktigast är att ha ett öppet sinne.

— Men behöver inte alls prata om religion som sjukhuspräst, det handlar om att möta en människa på hennes eller hans villkor och samtala om det som önskas. Det kan vara lite kallprat, relationen till närstående eller djupa samtal om livets mening. Det finns också möjlighet till bön eller nattvard.

Eftersom nästan alla människor har existentiella frågor, som ofta aktualiseras inför döden, tror hon att det ibland kan vara lättare för den sjuke att tala om sådant med en samtalspartner som kommer utifrån.

— Många har fördomar och tror att man måste vara kristen för att kalla på en sjukhuspräst men så är det inte, betonar hon. Jag träffar ofta människor som har andra religioner och jag kan också förmedla kontakter till imamer, rabbiner eller andra präster. Det är viktigt att understryka att vi sjukhuspräster arbetar helt utan egen agenda.

Eftersom Helena ofta kommer in sent i den palliativa processen träffar hon i allmänhet patienten bara en gång.

— Ja så är det och därför är det lite svårt att få feedback på min insats men jag finns alltid till för de närstående.

Helena betonar att prästen kan ha en viktig roll i ett vårdteam, även inom akutsjukvården som hon har tidigare erfarenheter av.



— Det är vanligt att Sjukhuskyrkan finns med i jourberedskapen på de stora sjukhusen, till exempel inom förlossningsvården.

SOM STYRELSELEDAMOT I NRPV är hon kontaktperson i ett nätverk som består av cirka 40 präster över hela landet.

— Jag tycker det är ett roligt och meningsfullt uppdrag där mycket är nytt och spännande för mig som inte är utbildad inom sjukvården.

— Tyvärr är vi än så länge inte så många i vårt nätverk. Det kan eventuellt finnas fler präster ute i landet som har kontakt med palliativ vård men som inte känner till NRPV, säger hon och tillägger att det inte är svårt att rekrytera sjukhuspräster men att det just nu är få som läser teologi med målsättningen att bli präster.

På fritiden ägnar sig Helena huvudsakligen åt sin familj, två barn (5 och 8 år) och en sambo.

— När jag hinner tycker jag om att släktforska men den mesta tiden går åt till barnens aktiviteter.



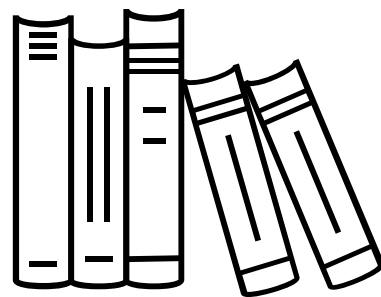
Nästa utbildningsdag äger rum hösten 2018

TID, PLATS OCH PROGRAM kommer att läggas ut på hemsidan i god tid innan så att alla hinner anmäla sig.

VÅREN 2018 ÄR det dags för den 5:e Nationella konferensen i palliativ vård där kommer SFPO att anordna en medlemsträff som är öppen för alla intresserade sjuksköterskor som vill delta. På konferensen hålls även årsmötet.

SISTA DAGEN FÖR ansökan till vårens diplomering är den 15 januari. Det finns flera olika stipendier att söka. Du kan även nominera din kollega till Årets sjuksköterska inom palliativ omvårdnad.

ALL INFORMATION FINNS på hemsidan som uppdateras med aktuella händelser.



FÖLJ OSS GÄRNA PÅ <https://www.swenurse.se/Sektioner-ochNatverk/Sjukskoterskor-for-Palliativ-Omvardnad-SFPO/>

Andningsproblematik i palliativ vård - utbildning för fysioterapeuter

Fredagen den 27 oktober, i samband med konferensen **Fysioterapi 2017**, är alla fysioterapeuter välkomna till en utbildningsdag i ämnet "Andningsproblematik inom palliativ vård".

MÅLET MED UTBILDNINGEN är att öka kunskapen om andning och slemmobilisering för att bättre kunna behandla patienter i palliativ fas med andningsproblem.

Utbildningen arrangeras av sektionen för Onkologi och Palliativ vård tillsammans med sektionen för Andning och Cirkulation.

Plats: Stockholm Waterfront

Priset för utbildningsdagen är:

Fredagsbiljett

Ordinarie pris	3 850 kr
Medlem	2 695 kr
Student / Pensionär	770 kr

30 procent rabatt för anmälan som inkommer fram till och med den 17 augusti. I avgiften ingår lunch och kaffe.

Mer information:

www.fysioterapeuterna.se - klicka sedan på sektionen onkologi och palliativ fysioterapi, kalendarium, Fysioterapi 2017.



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



FSA

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Hemsida: www.arbetsterapeuterna.se



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

Nätverk för sjukhuskyrka och teologer inom palliativ vård

Nätverk för chefer och ledare i 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. fysioterapeut, DIHR
Stockholm
Tel: 08 – 617 93 04
tidskriften@nrpv.se

REDAKTION

Solveig Hultkvist
Kurator, Stockholm
SiP

Olav Lindqvist

Leg. sjuksköterska, med. dr, Umeå
SFPO

Elisabet Lövdahl

Överläkare, Göteborg
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

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.

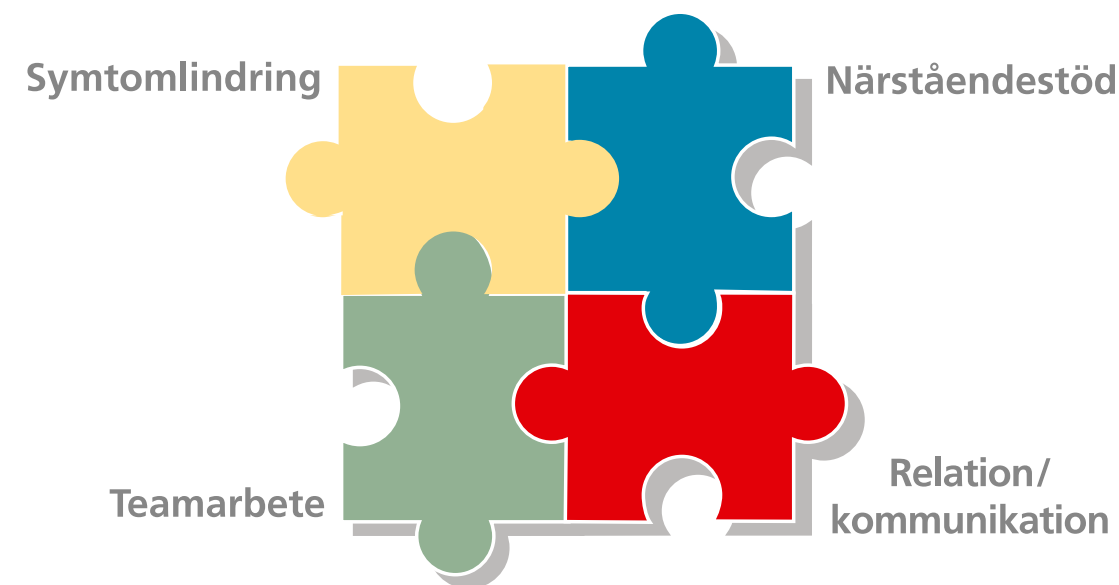
Citera gärna ur tidskriften men ange alltid källan och respektera upphovsrätten. Redaktionen delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs i artiklarna.



UTBILDNING

Webbutbildning i palliativ vård

HÖRNSTENARNA I PALLIATIV VÅRD



Vi erbjuder en grundläggande utbildning i palliativ vård för dig som i ditt arbete möter patienter i palliativt sjukdomsskede och deras närstående. Utbildningen riktar sig till dig som arbetar inom kommunal vård, primärvård, sjukhusvård och specialiserad palliativ vård.

Utbildningen består av två delkurser in- delade i fem kapitel vardera. Varje kurs tar cirka 90 minuter. Kurserna kan genomföras individuellt eller i grupp beroende på den aktuella arbetsplatsens behov och förut- sättningar.

DELKURS 1: Den palliativa processen
DELKURS 2: Palliativ vård – symtomlindring

Mer information om utbildningarna hittar du på Palliativt Utvecklingscentrums hemsida, www.palluc.se.

Webbutbildningen är ett samarbete mellan Landstinget Blekinge och Palliativt Utvecklingscentrum vid Lunds Universitet och Region Skåne.

Tridepos®

alendronat, kalciumkarbonat, kolekalciferol



NYHET

DET BLEV JUST LITE ENKLARE ATT BEHANDLA OSTEOPOROS

Byt till en komplett behandling i veckoförpackning

Den bästa behandlingen är den som faktiskt tas. Tridepos® är en ny, användarvänlig kombinationsförpackning för behandling vid osteoporos. I en smidig veckoförpackning med blister får patienten en veckotablett alendronat och kalcium/vitamin D-tabletter för resterande dagar, samt ett pedagogiskt doseringsschema. Lite enklare för patienten – lite enklare för dig.

Tridepos® veckotablett alendronsyra 70 mg och tablett kalcium 500 mg/vitamin D₃ 800 IE (20 µg). **Indikation:** Behandling av postmenopausal osteoporos hos patienter med risk för kalcium- och vitamin D-brist, för att minska risken för kot- och höftfrakturer. **ATC-kod:** M05BB05. Receptbelagd. Ingår i läkemedelsförmånen. **Dosering:** 1 tablett dagligen. Produktresumén är granskad 2016-08-11. För ytterligare information och pris, se www.fass.se



MEDA

Meda AB, Box 906, 170 09 Solna. Tel: 08 630 19 00. E-post: info@medasverige.se www.medasverige.se