

Palliativ Vård

Tidskriften för palliativ vård i Sverige

Nr. 1 • 2019



TEMA:

Det palliativa kitet



Nationella Rådet för Palliativ Vård



Våren

Palliativ medicin - Kursen vänder sig framför allt till ST-läkare med palliativ medicin som B-mål eller C-mål, 1-3 april i Lund.

C-kurs i palliativ medicin, delkurs 3 - Fördjupande kommunikationskurs för läkare som specialiserar sig i palliativ medicin, 23-26 april i Lund.

De nödvändiga samtal - Kurs i samtal och kommunikation för läkare, 26-27 mars i Lund samt 23-24 maj i Stockholm.

De nödvändiga samtal - Kurs i samtal och kommunikation för sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare, 6-7 maj i Lund.

Hösten

Introduktion till palliativ vård - Utbildningen vänder sig till alla yrkeskategorier. Läs mer på www.palluc.se.

Rehabilitering och stöd i allmän palliativ vård - Utbildningen vänder sig till alla som arbetar i kommun, primärvård, palliativ vård och akutsjukvård. Läs mer på www.palluc.se.

Palliativ medicin - Kursen vänder sig framför allt till ST-läkare med palliativ medicin som B-mål eller C-mål. Läs mer på www.palluc.se.

De nödvändiga samtal - Kurs i samtal och kommunikation för läkare, 24-25 september i Lund, 2-3 oktober i Göteborg.

De nödvändiga samtal - Kurs i samtal och kommunikation för sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare, 10-11 september samt 12-13 november i Lund.

Anmäl intresse

Nationella vårdplanen för palliativ vård - NVP

- Utbildningsdag för enheter som tagit beslut om att införa NVP eller som vill veta mer inför ett beslut.

För fullständig information om och anmälan till våra utbildningar, besök vår hemsida: www.palluc.se

Det här är din tidskrift

När jag bestämde mig för att tacka ja till det här uppdraget var det efter viss tvekan. Många i min omgivning ifrågasatte det vettiga i att börja "syssla med döden". Jag fick frågan om inte det här palliativa var väldigt tungt och dystert. Om jag skulle orka. Eller om det kanske helt enkelt skulle bli alldeles för tråkigt.

Men så tänkte inte jag. Mitt tvivel kom sig av att jag inte har någon som helst erfarenhet av att arbeta inom vården i allmänhet och palliativ vård i synnerhet. Jag kände mig närmast oförsämd som ville jobba med en tidskrift om ett ämne jag inte alls behärskar. Kan man ens bli en bra redaktör då?

Samtidigt kände jag en längtan efter att få närma mig den palliativa vården och alla människor som arbetar i den. Det är ett yrkes- och kunskapsfält som verkar

rymma allt: Liv, död, kärlek, sorg, hopp, förtvivlan – från farmakologi till språkfilosofi via omvårdnad och psykologi. När jag nu tar mina första stapplande steg på området är jag fylld av "positiva fördomar". Jag får säkert en mer nyanserad bild så småningom. Och vägen dit ska bli jätterolig.

Något jag däremot behärskar – med nära 20 års erfarenhet som journalist – är att göra tidning. Fast jag kan inte göra den ensam. Till min hjälp finns dels tidskriftens redaktionsråd, som består av kloka, kunniga personer, dels finns du som läsare.

Jag hoppas att just du ser Palliativ Vård som din egen tidskrift, en som du kan känna igen dig i, lära dig av och själv skriva i. Hör av dig med tips och idéer eller till och med färdiga texter. Mejla eller ring. Förfasa dig när vi gjort något

dåligt eller överös oss med beröm. Tidskriften finns till för din skull.

I det här numret djupdyker vi i företeelsen det palliativa kitet. Varför finns det? Vad består det av? Hur används det? Finns det problem? Hela 18 sidor ägnas åt detta, och där finns något intressant för alla. Du kan också läsa om det besvärande symtomet hicka, få tips från andra läsare om smarta arbetssätt och möta såväl en specialist i internmedicin som en erfaren undersköterska.

Jag hoppas att du har en spännande lässtund framför dig. Och oavsett om du gillade upplevelsen eller inte, så vet du vad du ska göra. Just det: hör av dig. Till din tidskrift.



Linda Swartz
Chefredaktör

Innehåll

4 Tema: Det palliativa kitet

6 Det palliativa kitet
– en introduktion



8 Morfin

10 Haloperidol

12 Midazolam

14 Robinul

16 Injektionsläkemedel vid behov
– vad visar data från Svenska palliativregistret?

18 Goda förutsättningar kräver
framförhållning – MAS om det palliativa kitet

20 Trygghetsordinationer
– distriktsläkarens perspektiv

22 Palliativa kitets framgång:
att det är så lätt att mäta?

24 Språkfrågan: Livets slut
eller livets slutskede?

25 Ny definition av palliativ vård

26 Patientfallet: Sonia

28 Hicka i palliativ vård

30 Inspireras av goda exempel



32 Möt en specialist:
Johan Herlin Ejerhed

35 Krönikan: Medkänsla på dödsbädden



36 Profilen:
Ann Mattsson

38 Vetenskaplig kommentar:
Leversvikt – en bortglömd palliativ diagnos

39 Medlemssidorna



Marskväll, Charlotte Wahlström, 1906 (Nationalmuseum)

Avskedet

Vi står du så plötsligt för mig
du bleknade vackra bild?
Vill du nicka mig tröst i den djupa höst
där jag känner mig sänkt och förspild?
Den stunden nu från den stunden då
av ett människoliv är skild.

Jag hörde du var dålig.
Så kom jag till din bädd,
men studsade för din vita hamn,
där du låg som till avfärd klädd.
Du hälsade glatt: "Jo, jag lever än.
Stig fram och var inte rädd."

Vi talade lugnt, då drog du ner
mitt huvud till din barm
och gav mig den enda kyss vi bytt,
en hastig och febevärmt.
Jag såg på den grymma vår som stod
och log vid din fönsterkarm.

Och nästan vardagsmuntert
du bjöd mig ditt adjö
och sade du visste mer än väl,
hur snart du var dömd att dö.
Och allt som våren framskred,
ditt liv smalt bort som snö.

*Erik Axel Karlfeldt
Hösthorn (1927)
Skriven till Karlfeldts halvsyster Mina Andersdotter,
som dog i cancer på Stockholms sjukhem 1926 vid 67 års ålder.*

Det palliativa kitet – en introduktion



Smärta, andnöd, illamående, ångest och oro är de vanligaste symtomen hos den döende patienten. För att möta dessa farmakologiskt finns "det palliativa kitet", baserat på konsensus bland 135 läkare från nio länder. Det består av fyra typer av substanser som kan underlätta för patienter deras sista tid i livet.

"Det palliativa kitet" måste låta helt obegripligt för en person som inte tillhör vårdprofessionen. Även för oss inom professionen låter det kanske som ett slags verktygslåda utan manual. Syftet är att kunna erbjuda bra och snabb symtomlindring till döende patienter, som fortfarande alltför sällan får den hjälp som borde finnas tillgänglig för alla. Men med "kitet" finns det en uppenbar risk att man tror att god palliativ vård till den döende människan kan reduceras till ett antal läkemedel, ett läkemedelskit, utan att den manual som innebär kunskap, förståelse och färdighet finns med. Det palliativa kitet kan på intet sätt ersätta den kliniska kompetensen som behövs hos personerna runt den döende patienten, oavsett var denne befinner sig: på sjukhuset, i hemmet, på vårdboendet eller inom den specialiserade palliativa vården.

Att förstå när döden är nära

Det finns några olika perspektiv som krävs för att uppnå den professionella och kliniska kompetens som behövs för att kunna använda det palliativa kitet så som det är avsett. Först och främst behöver vi som vårdpersonal kunna förstå när patienten är döende och kunna reflektera över vad det betyder. Det kan vara relativt enkelt i fall då döden är förväntad inom några timmar eller något dygn med klinis-

ka tecken som exempelvis sviktande cirkulation, förändrat andningsmönster, uttorkning med minskad hudturgor och minskad vakenhet. Tidigare i förloppet, kring det som benämns brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede, kan det vara svårare att avgöra om vi ska betrakta patienten som döende.

Det kan krävas olika synsätt och erfarenheter för att bedöma situationen för patienter med olika diagnoser: cancer, demens, hjärtsvikt eller helt enkelt ålderdom. Teammedlemmar kan ha olika uppfattning och anhöriga kan ligga både före och efter i förståelsen av läget. Ibland kan det vara så att närstående och den personal som står patienten närmast när det gäller omvårdnad är de som ser och först uppfattar att döden är nära förestående, medan ansvariga sjuksköterskor och i ännu högre grad läkare ligger steget efter. Det är viktigt att skapa en samsyn, då vi vet att det skapar trygghet för patienter, anhöriga och personal, det vill säga för alla inblandade.

Vanliga symtom hos den döende

De vanligaste symtomen hos patienter i ett palliativt sjukdomsskede generellt och för den döende patienten i synnerhet är smärta, andnöd, illamående, oro och ångest och förvirring. Denna kliniska kunskap stöds av studier där man på ett systematiskt sätt undersökt

förekomst av olika symtom. Det är därför ingen tillfällighet att Svenska palliativregistret fokuserar på dessa symtom. Det finns förstås en rad andra symtom men dessa är de vanligaste, oavsett vilken diagnos som patienter har. I ett palliativt förhållningssätt eller perspektiv ingår att se till patientens behov på ett bredare sätt än enbart de fysiska och psykologiska symtomen. Ett alltför symtom-inriktat perspektiv riskerar att göra oss till "symtomologer." Det är lätt att glömma övriga behov när patienten lider av svår smärta eller ångest och god symtomlindring är i sig en nödvändig väg för att ge plats för relationer och individuella psykosociala, existentiella, religiösa och kulturella behov.

Lindring av symtom

Inom i stort sett alla sjukdomssammanhang försöker vi hitta icke-farmakologiska sätt att lindra symtom. Smärta, illamående, oro och ångest är vanliga symtom generellt. Även vid svår sjukdom bör grunden för symtomlindring vara icke-farmakologisk. Å andra sidan är det viktigt för patienten i palliativ vård att få effektiv och snabb lindring. Läkemedelsbehandling sker därför nästan alltid parallellt med andra interventioner.

Många vetenskapliga studier, visserligen av skiftande kvalitet, beskriver användningen av olika symtomlind-

rande läkemedel på specifika symtom. En del av forskningssamarbetet OPCARE-9, som ingick i EU:s 7:e ramprogram, bestod i att skapa ett erfarenhets- och evidensbaserat urval av läkemedel för symtomlindring till döende patienter. De vanliga symtom som skulle lindras var smärta, andnöd, illamående och kräkningar, oro/ångest, terminalt delirium/terminal oro och rosslingar. I gruppen som skapade konsensus ingick 135 läkare inom palliativ vård från åtta europeiska länder samt Argentina. Totalt nämndes 35 olika läkemedel minst två gånger i de enkäter som skickades ut. Utifrån den listan sammanställdes resultaten, vilket ledde till följande rekommendation:

FYRA I KITET

- 1. OPIOID**, i första hand morfin mot smärta och andnöd, billigt och lätttillgängligt.
- 2. BENSODIAZEPIN**, i första hand midazolam som har kort halveringstid, kan ges subkutan och blandas med andra läkemedel i en pump.
- 3. ANTIPSYKOTIKUM**, i första hand haloperidol, som kan användas vid illamående, delirium och hallucinationer.
- 4. ANTIKOLINERGIKUM**, i första hand glykopyrronium, mot rosslingar.

I artikeln framhölls vikten av att känna till dessa läkemedel och deras indikationer inom palliativ vård, att läkemedlen ska finnas tillgängliga och att ordinationen ska vara individualiserad. Flera av de läkemedel som lyftes fram har i FASS inte de indikationer eller administrationsformer som ofta används inom palliativ vård. Exempelvis opioider mot andnöd, haloperidol vid terminal oro och midazolam givet subkutan.

Vårdplan och vårdkvalitet

Användningen av fördefinierade läkemedel som ett stöd för vården av döende patienter finns beskriven från flera håll i världen. I litteraturen finns flera exempel på hur läkemedel görs tillgängliga i hemmet för patienter i palliativ hemsjukvård långt från sitt vårdteam för att patienten själv ska kunna ta akut efter ordination från det palliativa teamet. Det finns då en strävan efter att läkemedel ska kunna ges på andra sätt än genom en injektion. Redan 2001 publicerades en studie där ett "emergency kit" använts av patienter i hemmet efter läkarkonsultation per telefon vid akut påkomna eller förvärrade symtom (LeGrand SB et al 2001). I Svenska palliativregistret fokuseras på dessa symtom och de nämnda läkemedlen och i the Liverpool Care Pathway och den vidareutvecklade svenska vårdplanen för palliativ vård,

NVP, för vård av den döende patienten finns rekommendationer om dessa läkemedel.

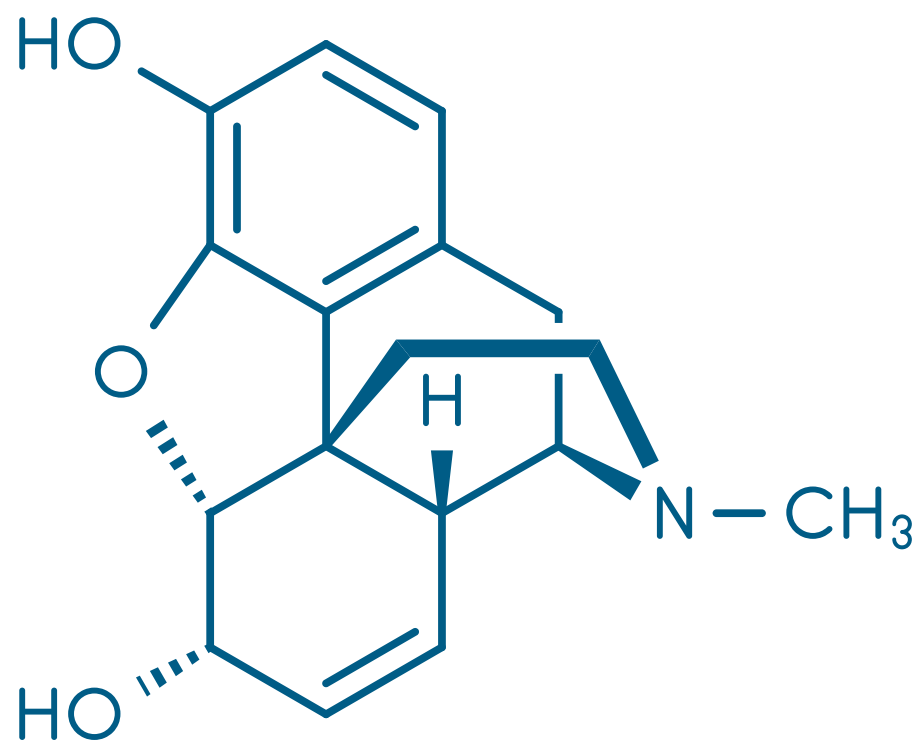
Ursprunget

Vem som först myntade begreppet det palliativa kitet är för mig okänt. En sökning på Internet på "det palliativa kitet" resulterar i en hel del relevanta träffar med olika rekommendationer men inget om benämningens ursprung. Min hypotes är att det kommer från den kommunala vården där sjuksköterskor länge varit mycket medvetna om behoven av läkemedel vid behov till döende patienter och känt stor frustration över svårigheten att få dessa ordinerade i tid. Det palliativa kitet har sitt svenska ursprung i och med införandet av LCP och starten av Svenska palliativregistret där dessa ordinationer specifikt efterfrågas. ■

Artikeln med referenser finns på www.nrvp.se



Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin, Lund



Morfin

I behandlingen av smärta är morfin en hörnpelare. Den räknas som arketyper för opioider, en typ av substanser som människan använt i mer än 5 000 år. Morfin är ett givet läkemedel i det palliativa kitet, inte bara mot smärta utan också andnöd.

Morfin betraktas som arketyper för alla övriga opioider, även de syntetiska som framställts på senare år; kodein, fentanyl, metadon, oxikodon, hydromorfon med flera. Läser man i internationella och nationella rekommendationer kring behandling med opioider är vanligt morfin än i dag förstahandsbehandling.

Effektivt mot smärta

Morfin fungerar kemiskt som så kallad agonist och binder till och förstärker/startar opioidreceptorers effekt. Smärtimpulser från vävnaden blockeras och smärtupplevelsen minskar. Morfin ger smärtlindring och ibland också eufori eller dysfuri. Medlet kan ha en sederande effekt och i stora doser påverkas andningscentrum. Morfin har däremot ingen egen ångestdämpande effekt.

Den vanligast förekommande

smärtreceptorn kallas för my-receptor. Dessa morfinreceptorer finns rikligt både i hjärnan, och i övriga kroppen. Smärtupplevelsen i det här systemet kallar vi nociceptiv smärta. Den kan ofta upplevas som diffus och molande. Ibland är den kopplad till illamående och allmänt illabefinnande. Man har funderat över varför vi överhuvudtaget har morfinreceptorer. Det är inte troligt att vi har utvecklat ett så sinnrikt system på grund av opiumvallmon. Forskning har lärt oss att morfin är kemiskt mycket likt kroppens eget smärtstillande ämne endorfiner, som vi frisätter vid kraftig fysisk aktivitet till exempel.

I modern sjukvård är morfin fortfarande en av hörnpelarna i smärtbehandling, och den standard som andra analgetika jämförs med. Studier visar dock alltmer entydigt att långvarig morfinbehandling vid benigna

smärttillstånd är tveksamt, och att den smärtstillande effekten är ganska svag. Stor försiktighet bör råda inför att starta långsiktig morfinbehandling vid kroniska benigna smärttillstånd.

Verksamt mot andnöd

När det gäller svår akut smärta, eller smärta vid cancersjukdom och andra allvarliga tillstånd som hjärt- och lungsvikt i ett senare skede har morfin en given roll. I palliativ vård används morfin både mot smärta och dyspné (andnöd). Vi vet i dag att smärta i livets slutskede är mycket vanligt och kan ha många olika orsaker. Vid cancersjukdomar påverkas vävnaden kring tumörer ofta direkt och man får en vävnadsskada. Tryck på vävnaden eller ischemi är andra mekanismer. Nerver kan påverkas direkt eller indirekt. Vid hjärt- och lungsvikt är mekanismerna ibland mer oklara, men

smärta i stora delar av kroppen är vanligt. Den fysiologiska grunden till att mindre doser morfin har god effekt på dyspné är bara delvis känd. Man tror att det finns särskilda morfinreceptorer i bröstkorgen som är kopplade till dyspnéupplevelsen.

Viktigt analysera smärtan

Innan vi startar en smärtbehandling i palliativ vård ska vi alltid göra en smärtanalys för att så långt som möjligt försöka förstå vilka olika smärtmekanismer som är aktuella hos patienten, och lägga upp vår behandling utifrån det. Det är vanligt att patienten har smärta av flera orsaker. Ofta finns en nociceptiv smärta där morfin ofta har god effekt, men det är också vanligt med neurogen smärta där andra läkemedel än morfin kan användas. Kombinationsbehandlingar mot smärta är därför vanligt. Det är mycket viktigt att konsekvent utvärdera effekten hos patienten av morfinbehandlingen. De första dygnen görs dosjusteringar fortlöpande, ofta av sjuksköterskan, och helst med ledning av upprepade VAS-registrering med hjälp av en sticka eller liknande. Sjuksköterskan måste sedan journalföra sina uppgifter noga så att effekten av behandlingen kan följas korrekt. Detta arbetssätt gäller vid all insättning av morfin både i tidigt och sent palliativt skede.

Behandling med morfin

Peroralt morfin har en stor variation i biotillgänglighet (15–65%). Detta innebär att lämplig dosering måste provas ut individuellt. Underhållsbehandling med ett slow release-preparat inleds i låg dos för att minska risken för biverkningar och trappas sedan upp efter behov. Morfin har en låg fettlöslighet, och det betyder att det tar ganska lång tid för morfin att passera över blod-hjärnbarriären in i centrala nervsystemet. Det tar upp till 20 minuter innan en intravenös eller subkutan injektion har full effekt för patienten. När morfin bryts ner bildas nedbrytningsprodukter (metaboliter) där särskilt en (morfin-6-glukuronid) har egen smärtstillande effekt, men framför allt kan lagras i kroppen och orsaka förvirringstillstånd. Detta förvärras vid svår njursvikt. Vid svår njursvikt kan

oxikodon eller fentanyl som har färre aktiva metaboliter vara att föredra framför morfin. I livets slutskede är det dock vanligast att behandling med vanligt morfin ges oavsett njurfunktion. Har patienten tidigare behandlats med depotpreparat med opioid som Dolcontin, Oxycontin eller fentanyl ska det fortsätta. Fentanylplåster är då praktiskt enklast att använda. Ett annat sätt att kontinuerligt ge morfin är via en smärtpump.

Utöver en underhållsbehandling med ett slow release-preparat ska det alltid finnas ordinerat extradoser med morfin att ge per os eller parenteralt vid smärtgenombrott. Patienterna ska ges möjlighet att välja beredningsform så länge hen kan svälja. Det är viktigt att tänka på att en vidbehovsdos ska vara minst 1/6 av dygnsdosen morfin. Med anledning av den låga biotillgängligheten är injektionsdosen vanligen halva den perorala dosen. Injektioner ges vanligen subkutan i palliativ vård. Detta för att patienten inte ska vara beroende av en intravenös infart, eller påverkas negativt av de högre koncentrationer av morfin i blodet som intravenös behandling ger. Upptaget av läkemedel subkutan är ofta ganska stabilt även vid livets slut vid livets slut, och effekten av läkemedlet är längre än vid intravenös behandling. Intramuskulära injektioner undviks.

Biverkningar av opioider är vanliga, och viktiga att känna till. Förstoppning är mycket vanligt, och här utvecklar kroppen ingen tolerans vid längre tids behandling. Laxermedel måste övervägas också i sent palliativt skede. Illamående, trötthet och/eller dåsighet förekommer. Det är vanligt vid insättning av morfin och vid dosökningar. Många gånger avklingar dessa symtom efter ett par dygn. Tänk på att ge antiemetika i början av en morfinbehandling.

Konfusion och hallucinationer kan förekomma och är ofta tecken på viss överdosering. Om dosminskning inte hjälper kan neuroleptika (som haloperidol) ges. Klåda, myoklonier, svettningar och urinretention kan förekomma. Dessa är mindre vanliga biverkningar, och förekommer framför allt vid högre doser.

MORFINETS HISTORIA

Det finns uppgifter om att opiumvallmon odlades och användes som läkemedel redan 3 400 f. Kr. i Mesopotamien. Buset av opium spred sig sedan därifrån över Mellanöstern, Persien och Egypten. Man tror att opium till en början användes för att skapa ett rus, men snart upptäcktes smärtstillande och rogivande egenskaper hos vallmoextraktet.

Vallmo ska mer konsekvent ha använts smärtstillande vid kirurgiska ingrepp i Egypten under faraonernas tid. Opium introducerades i Kina, Afghanistan och Indien på 600- eller 700-talet e. Kr. Opium fick snabbt stor spridning i området, och blev en värdefull handelsvara. Bland annat utkämpades två krig under 1800-talet mellan Storbritannien och Kina kring opium och dess vinster.

Den tyske vetenskapsmannen Friedrich Sertürner isolerade 1806 rent morfin ur opiumvallmon. Det upptäcktes snabbt att morfin är ungefär tio gånger mer potent som smärtdrog än det orenade opiumet.

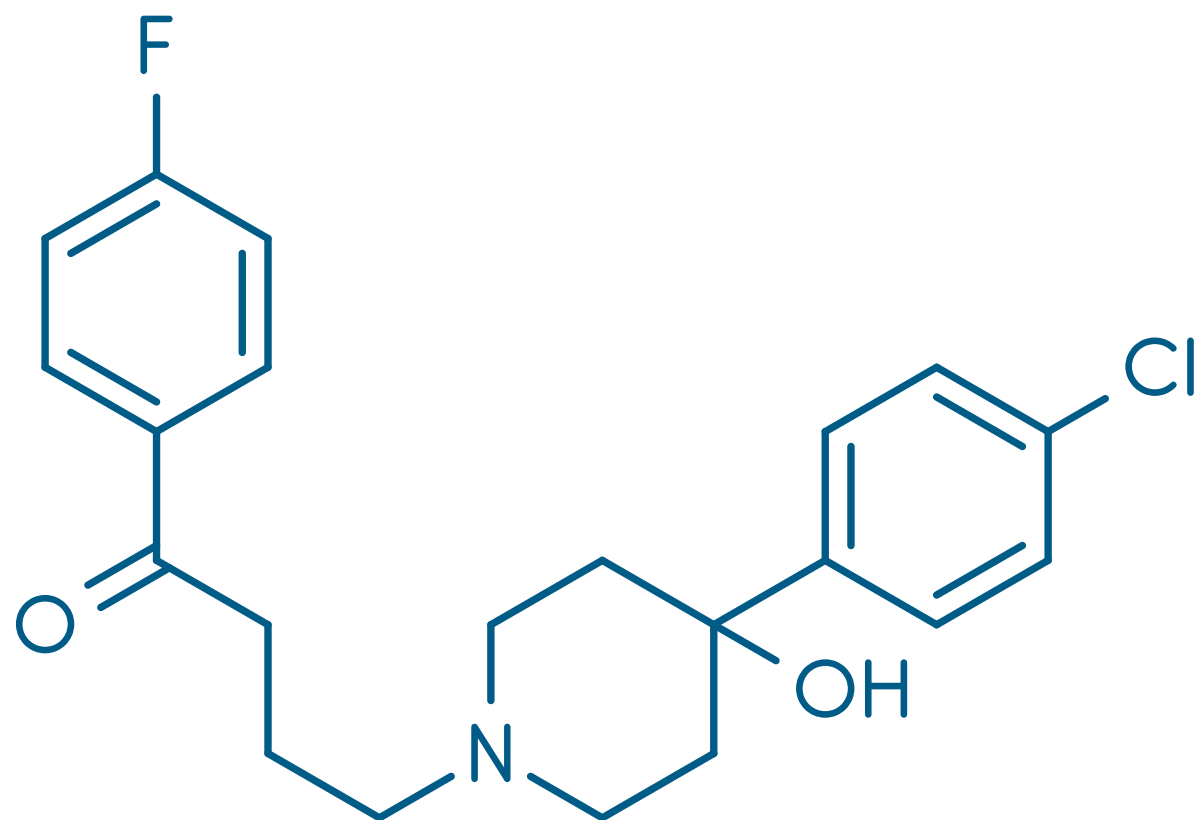
I livets slutskede används morfin ofta både mot smärta och dyspné, även om det senare inte står som en indikation i FASS. Vid dyspnébehandling är det mest effektivt att ge små doser (5–10 mg) vanligt morfin per os eller subkutan, även om patienten står på höga doser slow release-preparat.

På många sjukhus och även andra vårdformer finns idag det ”palliativa kittet” eller palliativa ordinationsbladet där morfin har en given plats. Tittar man efter i Svenska Palliativregistret ser vi att de allra flesta patienter har morfin ordinerat i livets slutskede. Det är inte lika stor andel av patienterna som dör utan smärtor. Kanske kan vi genom bättre smärtanalyser och mer strukturerad utvärdering av vår smärtbehandling i livets slutskede nå längre i vår symtombehandling. ■

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Elisabet Löfdahl
Överläkare, Göteborg



Haloperidol

Det vanligaste läkemedlet i hela världen vid oväntat illamående inom palliativ vård, respektive oväntad konfusion, är haloperidol. Det är en stor fördel om de flesta sjuksköterskor och läkare som möter patienter i palliativ vård känner till det och är förtrogna med doser och biverkningar.

De godkända indikationerna för haloperidol är förutom psykos (där medlet bör användas endast inom psykiatrisk vård) konfusion och postoperativt illamående. Dokumentationen är omfattande, men sparsam när det gäller kontrollerade studier inom palliativ vård. Haloperidol är en dopaminantagonist, men anses även påverka receptorer inom flera andra system. Biverkningar som bör beaktas i palliativ vård är trötthet och parkinsonliknande motorisk påverkan. I de flesta fall ges haloperidol inom palliativ vård i relativt låga doser och under kort tid, och biverkningsproblemen är små och

måste vägas mot den svåra symtom-börda som orsakar behandlingen.

Administration

Haloperidol finns som injektion, tablett och oral lösning. I trygghetslådan är injektionslösningen självklar. FASS anger intramuskulärt som enda administrationsväg. Intravenöst är inte godkänt, men för den patient som redan har en infart kan denna användas – flera studier med haloperidol är gjorda med intravenös administration. I England är subkutan administration godkänd och detta är mycket vanligt även i Sverige. I palliativ vård innebär

intramuskulär administration inte sällan risk för att injektionen upplevs besvärande eller smärtsam av patienten. Ge därför oftast haloperidolinjektion subkutan.

Användning vid illamående

Redan när palliativ vård inleds bör en beredskap för åtgärder vid illamående finnas. Om illamående redan föreligger ska behandling erbjudas och symtomet följas upp. I dessa fall ska andra alternativ än haloperidol finnas ordinerade, till exempel kortison parenteralt eller olanzapin som munsönderfallande tablett. Haloperidol kan också i en-

staka fall vara aktuellt som kontinuerlig behandling per os eller parenteralt i läkemedelspump. 2,5mg subkutan kan vara en lämplig dos.

Utvärdering görs efter 30–60 minuter. Lindrades illamåendet? Blev patienten uttalat trött eller stel? Denna utvärdering ska dokumenteras, och dosen ändras vid behov. 1,25mg eller 5 mg kan vara optimalt i det enskilda fallet. Vid otillräcklig effekt och inga biverkningar kan given dos upprepas efter 30 minuter. Om effekten uteblir och/eller biverkningarna blir besvärande ska läkare kontaktas. Hela den kliniska situationen måste omvärderas. Då är ofta inte dosökning av haloperidol effektiv, utan kausal behandling (exempelvis v-sond) eller behandlingsförsök med kortison eller olanzapin blir aktuellt.

Användning vid konfusion/delirium

Patientens sjukdom innebär ofta risk för sviktande hjärnfunktion. Konfusion behöver inte alltid vara plågsam för patienten, men den medför ofta risk

för olyckor, svårigheter med nutrition och inte minst nedsatt förmåga till kontakt och samvaro med närstående. Det är alltid flera samverkande faktorer som orsakar konfusion, och behandlingen måste i första hand fokusera på att minimera orsakerna. Förnyad läkemedelsgenomgång, värdering av eventuell anemi, hyperkalcemi, dehydrering, infektion, psykisk stress, sömnbrist, jobbig vårdmiljö med mera.

Ibland är patientens konfusion förenad med motorisk oro, uppenbar panikkänsla eller rop. Inte heller då ska läkemedel ges innan omvårdnadsåtgärder prövats. Närstående tillsammans med känd omvårdnadspersonal kan möta patientens oro med kroppskontakt, lugnande tal, dämpad belysning, inte alltför många inne i rummet och så vidare. Ibland fungerar inte heller detta och patienten måste få läkemedel så att symtomet konfusion/delirium lindras. Förstahandsval är haloperidol som injektion. Är situationen akut måste dosen vara 2,5–5mg, är det mindre bråttom och patienten äldre eller svag hellre 1,25mg.

Är det huvudsakligen oro utan agitation är ibland midazolam bättre som inledande behandling. Det finns goda erfarenheter av att ge bägge preparaten i kombination i samma spruta, till exempel 2,5mg haloperidol + 2,5mg midazolam. Undvik andra bensodiazepiner – de ger inte sällan upphov till förvärrade symtom. Midazolam har kortare effektvaraktighet än haloperidol. Om patienten inte förbättrats alls av den initiala kombinationsbehandlingen kan den upprepas redan efter 30 minuter, då eventuellt med enbart midazolam.

Haloperidol är självklar i trygghetslådan. Men liksom för de övriga preparaten är målet att den individuella medicinska planen har förberedda åtgärder/läkemedel så att trygghetslådan aldrig behöver öppnas. ■

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Gunnar Eckerdal
Överläkare, Göteborg

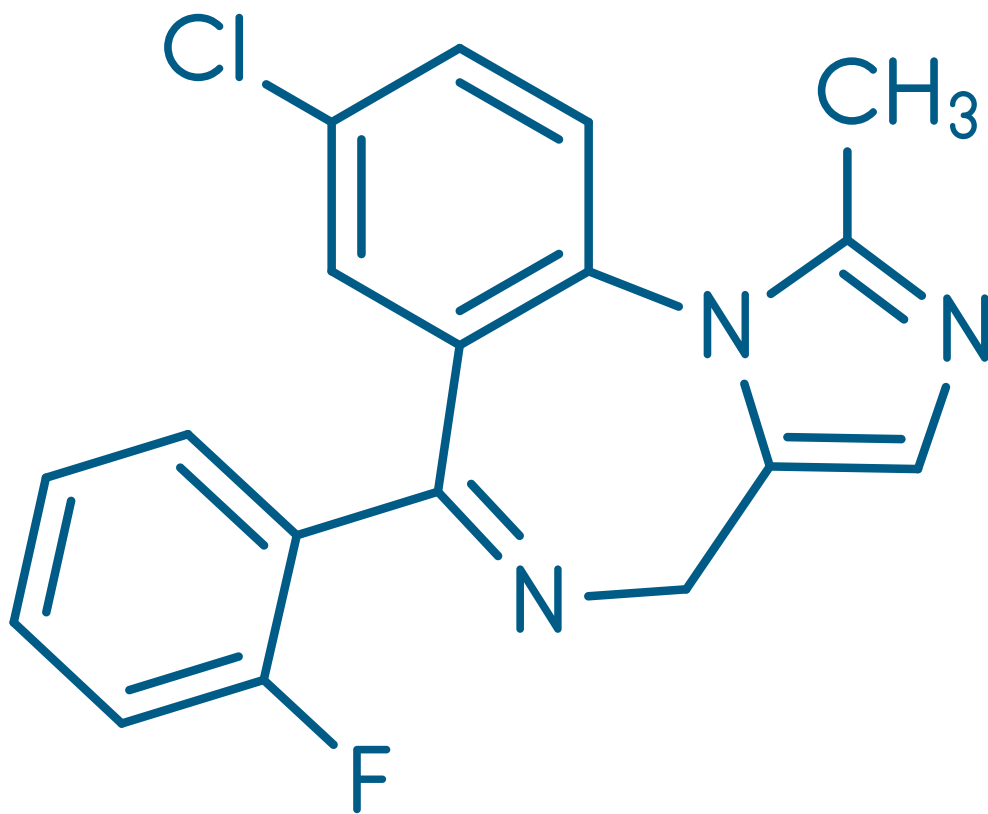
När aptiten och vikten sviktar ...

... kan RESOURCE® stötta

För patienter med malnutrition eller risk för malnutrition har vi utvecklat RESOURCE®, en omfattande serie av vetenskapligt framtagna produkter som är avsedda att ge näring och energi till patienter med olika behov. Så att de kan må så bra som möjligt.

Livsmedel för speciella medicinska ändamål.
Information till hälso- och sjukvårdspersonal.
www.nestlehealthscience.se

NÄR EXTRA KRAFT BEHÖVS



Midazolam

Vid symtom som ångest, sömnsvårigheter, epileptiska kramper och muskelryckningar finns midazolam i det palliativa kitet. Läkemedlets fördelar är bland annat att det går att injicera, är vattenlösligt och mer lättstyrt än alternativen.

Användandet av midazolam för lindring av symtom i livets slutskede baserar sig huvudsakligen på praxis som etablerats av specialiserade palliativa enheter i västvärlden. Enligt en Cochranestudie från 2017 finns inga randomiserade studier på mediciner mot ångest inom palliativ vård. Palliativa experter och olika riktlinjer från USA, England, Nya Zeeland och WHO är rörande överens om att någon form av bensodiazepin mot till exempel ångest ingår bland de nödvändiga läkemedel som ska finnas till hands för lindring i livets slutskede. Dessutom är man överens om att subkutan administration är viktigt i ett skede där oralt intag är ett osäkert alternativ. Valet av midazolam som den rekommenderade bensodiazepinen styrs troligen till stor del av att preparatet finns i injektionsform, att det är vattenlösligt (vilket ger mindre kärlirritation vid intravenöst bruk) och att det är mer lättstyrt än till exempel diazepam (Stesolid).

Administration

Halveringstiden för midazolam är 2–5 timmar jämfört med 20–100 timmar för diazepam. Parenteral tillförsel (intravenöst, intramuskulärt eller subkutant) undviker problem som intestinal absorption och första passage-effekt och är förstås att föredra i livets slutskede när peroral tillförsel kan vara svår eller omöjlig. Värt att tänka på är att subkutan tillförsel inte står i FASS trots att det är väletablerad praxis både i Sverige och internationellt. Midazolamlösning kan också tillföras nasalt, buccalt (i munnen) eller rektalt.

Används vid flera symtom

Indikationerna för midazolam i livets slutskede är flera, men särskilt ångest, sömnsvårigheter, epileptiska kramper och myoklonier (muskelryckningar). Det finns också rapporter om lindrande effekter vid svårbehandlad hicka, svårbehandlad klåda och vid illamående och kräkningar (3). Det är också det

mest använda och rekommenderade läkemedlet vid palliativ sedering.

Några egentliga kontraindikationer för att använda midazolam i livets slutskede finns inte. Det väsentliga är att dosen titreras ut individuellt utifrån hur den enskilda patienten reagerar. Om man använder strategin ”start low, go slow”, det vill säga börjar med låg dos för att successivt öka tills avsedd effekt uppnås fungerar midazolam oftast väl även vid tillstånd där man behöver vara extra försiktig. Några sådana exempel ärpatienter med andningssvikt (KOL, ALS med flera) eller uttalad leversvikt.

Hur verkar midazolam?

Farmakologiskt kan ytterligare nämnas att biotillgängligheten är lika hög vid subkutan tillförsel som vid intravenös (se faktaruta). Verkningsmekanismen är inte helt känd, men tros vara en ökning av aktiviteten av signalsubstansen gammaaminosmörsyra (GABA), en

av de vanligaste inhibitoriska signalsubstanserna i hjärnan. Därigenom uppnås sederande, sömninducerande, ångestdämpande, antikonvulsiva och muskelrelaxerande effekter.

Verkningstiden är kort tack vare en snabb biotransformation i levern (hydroxylering via CYP3A4 samt glukuronidering). Den huvudsakliga metaboliten, alfahydroxymidazolam, är farmakologiskt aktiv men receptoraffiniteten är endast 10% av huvudsubstansens. Då midazolam och dess metaboliter elimineras via urinen kan uttalad njursvikt (eGFR<15 ml/min) därför bidra till förlängd sedering. Faktorer som kan bidra till förlängd halveringstid är hög ålder, leversvikt, lågt albumin (Alb< 20g/l), hjärtsvikt samt kontinuerlig infusion.

Dosering

Som vidbehovsdos i livets slutskede mot ångest brukar vi för en patient utan regelbunden bensodiazepinmedicinering ordinera injektion midazolam 5 mg/ml 0,5 ml subkutant vid behov. Någon enstaka gång vid förmodat känslig patient (se ovan) kan man tänka sig börja med så låg dos som 1,25 mg. Om patienten står på regelbunden peroral medicinering i form av till exempel Oxazepam (Sobril, Oxascand) får man räkna med att en något högre vidbehovsdos behövs, till exempel 3,75–5 mg subkutant, och sedan får utvärdering av effekten styra fortsättningen.

Om man ska ge en patient utan pågående bensodiazepinbehandling ångestlindring utan vakenhetspåverkan genom subkutan pump brukar en dygnsdos på 7,5–15 mg fungera. Oftast provar vi ut hur mycket patienten behöver per dygn genom att börja med intermittenta subkutana injektioner via stationär subkutan nål. Sedan summerar vi senaste dygnets behov och tar med i beräkningen om effekten varit tillräcklig, för kraftig eller för svag och får på så sätt fram en dygnsdos som pumpen ska ge.

På samma sätt provar vi ut den dos som behövs genom intermittenta

injektioner oavsett vilket symtom vi vill lindra. Är patienten speciellt ångestfylld nattetid kan man prova ut behövlig dos för att åstadkomma nattro/sömn via intermittenta injektioner under en natt. Därefter kan man ge midazolaminfusion subkutant nattetid med motsvarande dos som kopplas på kvällen och tas bort tidigt på morgonen. Den korta halveringstiden gör att patienten vaknar till 1–2 timmar efter avslutad infusion.

Vid risk för epileptiska kramper ordinerar vi numera oralt midazolam (Buccolam 5 eller 10 mg; sprutor som ges i mungipan) att ges vid en kramp som varar längre än ett par minuter. Detta är betydligt mer hanterligt än att försöka ge klysma Stesolid rektalt på en person med pågående generella kramper. När krampen väl gått över faller indikationen för att ge midazolam just då.

Vid svår andnöd trots syrgastillförsel, kortison, stark opioid och kontinuerlig bensodiazepin kan midazolam 2,5–5 mg subkutant vid behov användas för en stunds vila från andnöden. Många gånger räcker vetskapen om denna möjlighet för att patienten ska känna en viss lättnad. Vid kraftiga panikattacker med hyperaktivitet där befintlig infart saknas kan man ge 5–7,5 mg midazolam intramuskulärt genom kläderna, till exempel i musculus deltoideus eller i skinkan.

Risk för tolerans

Det finns en risk för att enstaka individer utvecklar tolerans relativt snabbt vid kontinuerlig tillförsel av midazolam. Erfarenhetsmässigt bör man vara uppmärksam på detta om dygnsdoserna börjar överstiga 40–50 mg och i så fall komplettera med andra preparat beroende på indikation i stället för att fortsätta höja midazolamdoserna. Likaså finns det vissa individer som kan reagera paradoxalt med ökad oro/agitation på midazolam. Detta gäller framför allt vissa äldre med kognitiv svikt. I dessa fall får man pröva preparat med andra farmakologiska egenskaper, till exempel haloperidol eller olanzapin.

FAKTARUTA

Tid till högsta plasmakoncentration:

30 min intramuskulärt; 30 min buccalt; 60 min per os.

Halveringstid i plasma:

2–5 h; upp till 10 h vid subkutan infusion.

Verkningstid: 5 mg <4h, inter-individuell variation (3)

Biotillgänglighet:

>95% subkutant (11); >90% intramuskulärt; 75% buccalt; 35–44% per os.

Tillslagstid: 5–10 min subkutant; 2–3 min intravenöst; 15 min buccalt.

Systematiska litteraturgenomgångar indikerar att användning av midazolam även vid palliativ sedering inte förkortar livet. Snarare minskar att god symtomlindring stresspåfrestningarna på den sjuka kroppen och kan leda till en något längre överlevnad i vissa fall.

Genom att hålla sig till denna princip med individuell dositering är det mycket sällan att det blir frågan om obehagliga behandlingskrävande biverkningar. Skulle det mot förmodan inträffa är det bra att midazolam har kort halveringstid men också att veta att det finns en antidot (motmedel) som heter flumazenil (Lanexate).

Midazolam är blandningsbart i kassett/pump med morfin/hydromorfon och/eller haloperidol och hållbart upp till en vecka utan hållbarhetsproblem.

Sammanfattningsvis ska alla obotligt sjuka patienter i livets slutskede ha tillgång till en vidbehovsordination på injektion med midazolam 5 mg/ml 0,5 ml subkutant, oavsett diagnos, för att kunna lindra ångest. ■

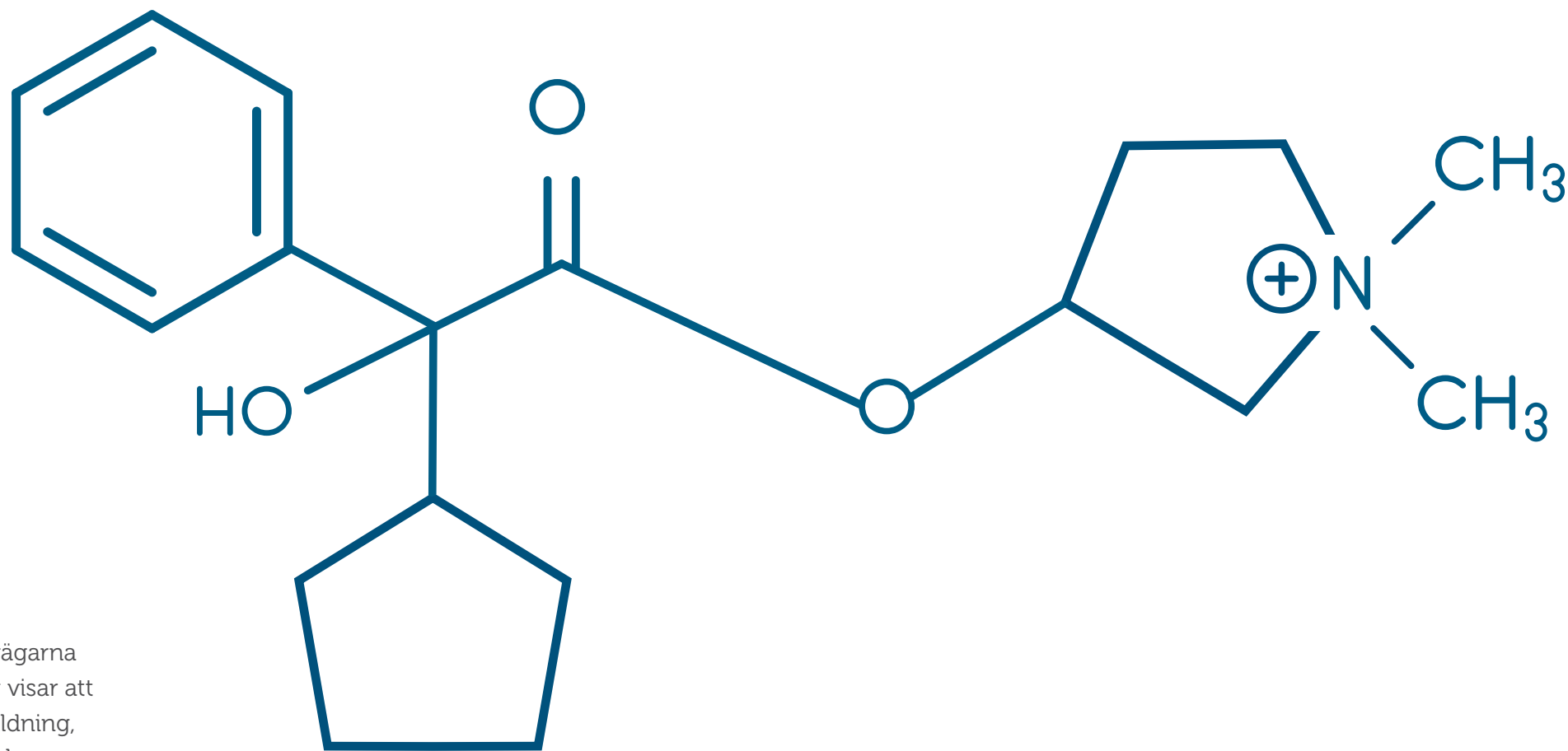
Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Bertil Axelsson, Eva Eljas Ahlberg, David Hallqvist, Johan Johansson

Samtliga läkare vid den specialiserade palliativa enheten, Östersunds sjukhus

Robinul

Vid symtom som rosslingar och sekret i luftvägarna är det vanligt att använda Robinul. Forskning visar att läkemedlet har effekt för att förhindra slembildning, men också att det är oklart ifall patienter med rosslingar verkligen besväras av dessa.



Den här texten ska handla om Robinul som är ett av de rekommenderade läkemedlen i det palliativa kitet. Som vid all symtomlindring handlar det inte enbart om att ge en medicin utan om att förstå mekanismerna bakom symtomet, hur och i vilken mån patienten – eller som i det här fallet även närstående och personal – besväras av det och vilka icke-farmakologiska vårdåtgärder som kan provas först eller tillsammans med läkemedel.

På vilka patienter används Robinul?

Indikationen för Robinul vid palliativ vård i livets slutskede är rosslingar eller sekret i luftvägarna (i engelsk litteratur benämnt death rattles, respiratory tract secretions (RTS) eller noisy breathing). Saliv och annat sekret kan ansamlas i andningsvägarna hos döende patienter som inte orkar harkla sig och hosta och därigenom på vanligt sätt rensa luftvägarna. Sekretet följer andningen och ger upphov till det karaktäristiska rosslande ljudet som uppfattas som att patienten har andningssvårigheter.

Studier visar att förekomsten av rosslingar varierar mellan 12–92% av patienterna och att de är vanligast mellan 11 och 28 timmar före döden. Den enormt stora variationen i förekomst av rosslingar speglar hur olika studier är upplagda: exempelvis vilka patientgrupper som har studerats och hur man mätt förekomst och grad av rosslingar. Rosslingar är vanligast hos män och patienter som är kognitivt nedsatta. De är vanligast hos patienter med lungcancer eller med cancer i skelett, lever, magtarmkanalen eller i hjärnan samt hos patienter med lunginflammation. Lång vårdtid inom palliativ vård är av någon anledning också relaterat till ökad förekomst av rosslingar.

Hur fungerar läkemedlet?

Robinul heter glycopyrronium och är ett så kallat antikolinergikum. Den mesta kända substansen i den här gruppen läkemedel är atropin. Väldigt många läkemedel har antikolinerga effekter som oftast ses som biverkningar. De antikolinerga substanser-

na har effekter inom centrala och autonoma nervsystemen. De kan genom effekten på CNS ge upphov till förvirring, hallucinos, delirium eller koma. Man ser också exempelvis ökad hjärtfrekvens, nedsatt sekretion i mun- och bronkslemhinnor, avslappning av glatt muskulatur med mera. Läkemedlen används bland annat vid vissa ögonsjukdomar, astma, KOL och Parkinsons sjukdom. Många växter har innehåller antikolinerga substanser som har använts inom medicinen men som också kan ge förgiftningar. Vanliga exempel är spikklubba, bolmört, änglatrumpet och belladonna.

Alternativ till Robinul

Traditionellt har oftast skopolamin använts som antikolinergikum för att lindra rosslingar. Problemet med skopolamin är att det passerar blod-hjärnbarriären och därför ökar risken för biverkningar i CNS, exempelvis förvirring. Skopolamin har i Sverige oftast enbart funnits i kombination med morfin vilket riskerar att ge patienten en oönskad dos morfin.

Vår strävan ska vara att ordinera varje läkemedel separat för att nå en så korrekt dos som möjligt.

Fördelen med Robinul är att det inte passerar blod-hjärnbarriären och medför därmed lägre risk för att ge upphov till CNS-relaterade biverkningar. Butylskopolamin, Buscopan, är ett alternativt antikolinergikum som heller inte passerar blod-hjärnbarriären. Traditionellt används det vid kramp eller spasm i magtarmkanalen men kan användas i stället för Robinul.

Hur effektivt är det?

Eftersom rosslingar hos döende patienter är vanliga och låter besvärande är Robinul ett vanligt läkemedel. Men hur ser kunskapsbasen ut, vad vet vi om dess effekt? Det finns en systematisk litteraturgenomgång publicerad 2013 av studier som syftat till att ta reda på förekomst av rosslingar, i vilken mån rosslingar besväras patienten och effekten av farmakologisk behandling. Författarna konstaterade att det är oklart i vilken grad rosslingar

faktiskt besväras patienten och att det i den befintliga litteraturen inte finns evidens för att behandling med skopolamin, Robinul, atropin, Buscopan eller octeotrid är bättre än att inte ge behandling. Generellt sett finns därför inget stöd för att ge ett antikolinergikum mot rosslingar. I dessa studier var indikationen rosslingar. Men verkningsmekanismen för antikolinergika är att förhindra slembildning, inte att få bort redan bildat slem. Med det som utgångspunkt genomfördes en randomiserad studie där döende patienter antingen gavs profylaktisk behandling med Robinul 60 mg/dyg eller motsvarande behandling först när rosslingar uppkom. Skillnaden var statistiskt signifikant och författarnas slutsats var att den profylaktiska behandlingen fungerade väl och att studien bekräftade tidigare studier som visat att behandling mot redan uppkomna rosslingar inte fungerade.

I förebyggande syfte

Hur ska vi förhålla oss till den information som dessa studier förmedlar?

Det är inte alls säkert att rosslingarna besväras patienten. Om det är så eller inte bör vi om möjligt försöka ta reda på. Det är därför viktigt att informera och tala med de närstående om detta. När vi ger Robinul ska det inte vara för att behandla redan uppkommet slem utan för att förebygga slembildning. Man kan därför inte förvänta sig effekt direkt utan behandlingen bör följas upp och inte upprepas om den är verkningslös. Det finns heller ingen anledning att byta till ett annat preparat med antikolinerg effekt om inte det första fungerar. Och sist men inte minst ska andra vårdinsatser göras parallellt såsom att hjälpa patienten att hosta, torka ur munnen om det finns slem och att hjälpa till med varsamma vändningar eller lägesförändringar. Mycket av detta kan närstående bidra med på ett meningsfullt sätt. ■

Fotnot: Rekommenderad dos av Robinul är Glycopyrron 0,2 mg/ml (1–2 ml subkutant vid behov. Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Carl Johan Fürst

Professor i palliativ medicin, Lund

Injektionsläkemedel vid behov

- vad visar data från Svenska palliativregistret?

Vidbehovsordination av opioid mot smärta samt ångestdämpande läkemedel är två av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård. Målnivån är satt till $\geq 98\%$. När vi upp till detta?

SVENSKA PALLIATIVREGISTRET är ett nationellt kvalitetsregister som arbetar för att förbättra vården i livets slutskede. En av frågorna i vår webbaserade dödsfallsenkät handlar om injektionsläkemedel vid behov och lyder: *”Fanns det en individuell ordination av läkemedel i injektionsform vid behov på läkemedelslistan innan dödsfallet?” Opioid mot smärta, läkemedel mot roslighet/illamående/ångest. Svarsalternativen för var och en av dessa är Ja/Nej/Vet ej.*

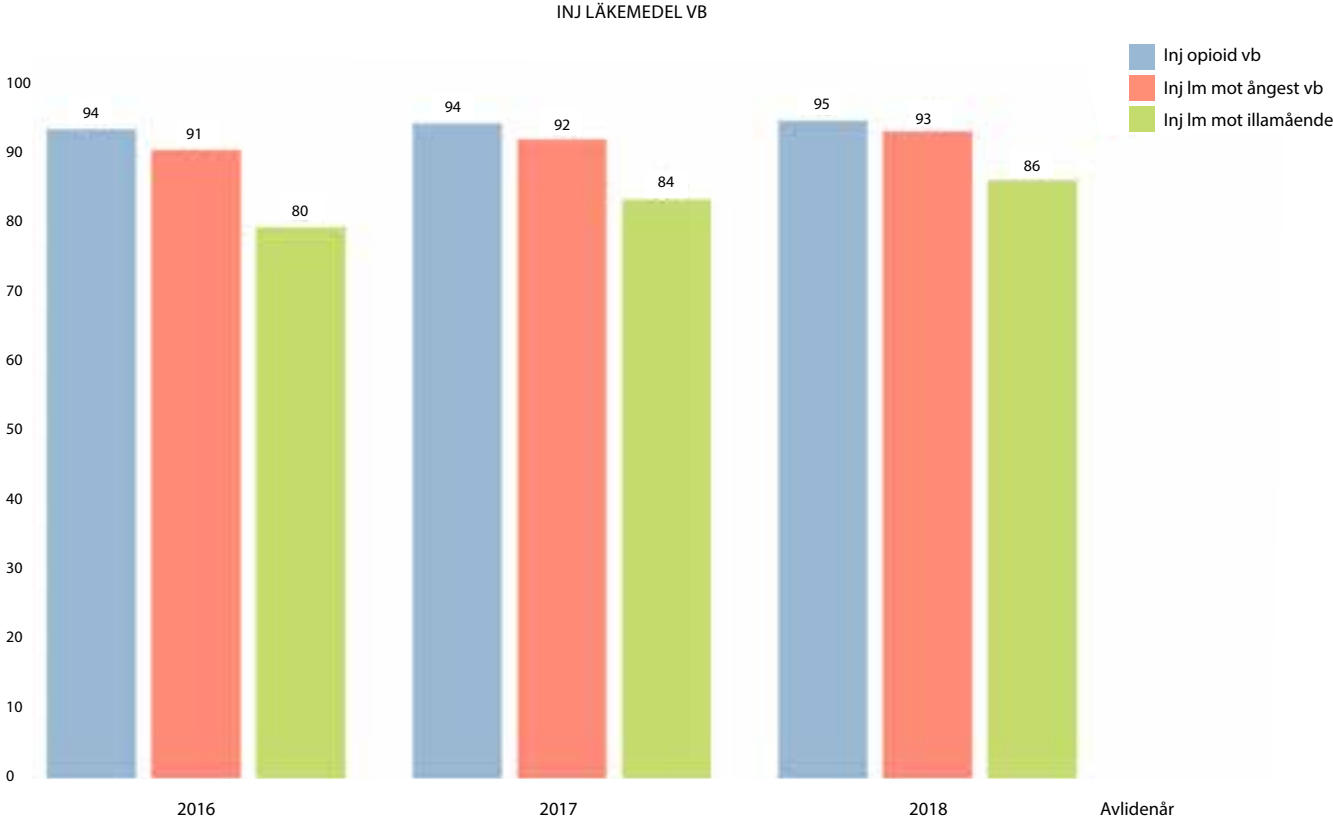
UNDER TIDSPERIODEN 2016-2018 registrerades 147 458 väntade dödsfall i registret och jag har tittat på om förekomst av vidbehovsordinationer har ändrats över tid, om ordinationerna skiljer sig mellan olika vårdformer, olika diagnoser, mellan män och kvinnor, mellan åldersgrupper samt

om det på sjukhus gör skillnad om ett palliativt team konsulterades under patientens sista vecka i livet. Figuren visar det samlade resultatet för smärta/illamående/ångest för alla 147 458 registrerade personer och här ser vi att det är en hög andel som har ordinerade injektionsläkemedel vid behov. Det är dock en liten bit kvar för att nå upp till Socialstyrelsens målnivå. Specialiserad palliativ vård (slutenvård + hemsjukvård) når 99% för både opioid och ångestdämpande. Lägst andel ordinationer har injektionsläkemedel mot illamående, och särskilt på sjukhus (70%).

SJUKHUSEN HAR generellt lägst andel vidbehovsordinationer för smärta, illamående, ångest, roslighet (varierar från 70–91%). Särskilda boenden/korttidsboenden ligger på 85–95% och den specialiserade palliativa vården har en andel på 97–99%. Det

finns en uppåtående trend över de tre studerade åren för ordinationer mot illamående, ångest och roslighet på både sjukhus och särskilda boenden/korttidsboenden. Ordination av en opioid ligger över 90% för samtliga vårdformer.

DET ÄR INGA skillnader i förekomst av ordinationer mellan män och kvinnor, däremot ses en tendens till lägre andel ordinationer mot de fyra studerade symtomen i åldersgruppen över 65 år jämfört med yngre. Detta är i enlighet med tidigare publicerade resultat från Svenska palliativregistret där man ser att högre ålder är en riskfaktor för sämre vårdkvalitet i livets slutskede. Vad gäller skillnader mellan olika diagnoser är det tydligt att patienter med cancersjukdom har högst andel vidbehovsordinationer mot samtliga symtom, från 89–97%. I andra änden ses patienter som avlider på sjukhus



till följd av en lungsjukdom; Här finns vidbehovsläkemedel mot illamående ordinerade i 62% av fallen (för övriga symtom från 84–91%). Vi ser en tydlig samvariation mellan högre andel vidbehovsordinationer och palliativa konsultinsatser på sjukhus (n=3277). Vi kan inte visa ett orsakssamband, men data stärker bilden av att

palliativa konsultteam behövs på våra akutsjukhus.

SKA VI VARA NÖJDA? Inom den specialiserade palliativa vården ser det bra ut, man är på god väg att nå målnivåerna inom särskilda boenden/korttidsboenden, och på sjukhusen skulle resan mot bättre vårdkvalitet

i livets slutskede ta ett stort kliv om palliativa konsultteam blev en del av rutinsjukvården. ■

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se

Staffan Lundström
Docent, Överläkare
Palliativt centrum och FoUU-enheten,
Stockholms Sjukhem, FoUU-ansvarig
Svenska palliativregistret

Var ska den sjunde Nationella konferensen äga rum?

Nästa år träffas vi i Östersund för den sjätte Nationella konferensen i palliativ vård. Men redan nu planerar vi för nästa. Ni som är intresserade av att arrangera konferensen våren 2022 är välkomna att höra av er till info@nrpv.se senast 1 maj 2019.

Frågor? Ring Bertil Axelsson på 070-580 56 51.

Goda frutsättningar krver framfrhållning

- MAS om det palliativa kttet

Det är av vikt fr patientens livskvalitet och sjuksköterskans arbete att de palliativa vidbehovsläkemedlen ordinerar med framfrhållning i den mån det går. Agneta Draxten, MAS i Jämtland, ser flera möjligheter till förbättringar.



De långa avstånden i Jämtlands glesbygd innebär särskilda utmaningar fr den palliativa vården.

SYMTOM SOM patienten kan besvärar av i livets slutskede är illamående, smärta, rosslig andning, oro, ångest, rädsla och så vidare. Den icke-farmakologiska behandlingen är naturligtvis viktig fr dessa patienter och tillsammans med farmakologisk behandling kan vi oftast uppnå en god symtomlindring. När patienten i livets slutskede inte längre kan ta perorala läkemedel blir subkutana injektioner aktuella.

NÄR PATIENTEN NÄRMAR sig vård i livets slutskede ska brytpunktsamtal hållas av distriktsläkaren och palliativa vidbehovsläkemedel ordinerar: Midazolam, Robinul, Haldol och morfin. Vidbehovsordinationerna säker tillgången till symtomlindring under hela dygnet och säker därmed patientens välbefinnande, då hen kan få sin farmakologiska symtomlindring i relativt god tid. Det underlättar även fr sjuksköterskorna som arbetar kring patienten, de behöver inte kontakta läkaren vid varje tillfälle då

vidbehovsordinationer behövs. Det blir ett lugnare arbetssätt. Det kan naturligtvis vara tillfällen då sjuksköterskan trots de ordinerade vidbehovsläkemedlen ändå måste kontakta läkaren, som till exempel vid dosjustering.

FÖR ATT DET SKA vara så smidigt som möjligt läggs de ordinerade läkemedlen tillsammans med sprutor och kanyler i en liten låda som finns i nära anslutning till patienten oftast i dennes låsta läkemedelsskåp. Detta gör att sjuksköterskan har de palliativa läkemedlen samlade på ett ställe och i lugn och ro kan ställa i ordning läkemedlen patienten behöver.

För att detta ska fungera krävs framfrhållning och en bra dialog med distriktsläkaren. Problem kan uppstå om patientens tillstånd snabbt förändras under kväll, natt eller helg då den ordinarie distriktsläkaren inte är i tjänst. Sjuksköterskan får då kontakta jourhavande distriktsläkare som arbetar tio mil bort. Den distrikts-

läkaren har förståeligt nog ingen relation till patienten. Det kan då medföra att det ordinerar lite försiktigare och sjuksköterskan kan därför behöva kontakta jourläkaren vid flera tillfällen. Detta kan i sin tur leda till mer oro hos patienten och det tar tid både fr sjuksköterskan och läkaren. Sjuksköterskorna upplever att patienten inte alltid får med sig ordinationer på vidbehovsläkemedel då patienten varit inlagd på sjukhuset och utskrivs till eget boende eller särskilt boende fr att avsluta sitt liv där. Detta medför att sjuksköterskan på hemmaplan måste ta kontakt med distriktsläkaren fr att ordna detta och det kan bli en fördröjning med ordinationerna.

I JÄMTLANDS LÄN finns ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam: Storsjögläntan Teamet stöttar obotligt sjuka patienter med progressiv sjukdom och begränsad överlevnad som vill vårdas i egna hemmet, där livet fortsätter ända till slutskedet. Teamet består av läkare, sjuksköterska och

kurator. Teamet ger råd och stöd till patienter, närstående och vårdpersonal samt hjälper till med symtomlindring och samordnar vårdinsatser. Distriktsköterskan i kommunen är den som har det huvudsakliga omvårdnadsansvaret i hemmet. Detta samarbete fungerar mycket bra. Under dagtid finns alltid läkare och sjuksköterska i teamet som kommunens distriktsköterska kan vända sig till Teamet gör även hembesök. Samarbetet leder till en stor trygghet fr både patient, närstående och vårdpersonal, man arbetar med framfrhållning som leder till att kontakt med jour under kvällar och helger sällan behövs.

Svårare är det då patienten inte är ansluten till Storsjögläntan eller fr patienter som bor i särskilt boende. Alla patienter som är i palliativt skede har rätt att träffa en läkare som kan hålla brytpunktsamtal men det kan många gånger vara svårt att ordna. Det är oftast distriktsköterskan som har det samtalet tillsammans med läkaren. I dag är det brist på ordinarie distrikts-

läkare i många kommuner i Jämtland. Därför blir det olika stafettläkare som arbetar och då brister patientkännedom och kontinuitet på läkarsidan.

I KOMMUNAL VÅRD och omsorg arbetar vi till största del med äldre människor, ofta multisjuka. Vi befinner oss i dödens gränsland där tråden mellan livet och döden är oerhört skör. Det är svårt att få till ett optimalt samarbete och kontinuitet mellan läkare och distriktsköterska kring vården av patienten, eftersom det är problem att få fasta distriktsläkare på hälsocentralerna. Hemsjukvård utgör en stor del av länets hälso- och sjukvård. Med tillgång till geriatrisk läarkompetens och fasta läkare på hälsocentralerna skulle samarbetet stärkas.

Vi arbetar ofta med patienter i livets slutskede, och fortbildning kring dessa frågor är efterfrågad av all vårdpersonal. Storsjögläntan har en årlig fortbildningsdag fr all vårdpersonal, från överläkare till vårdbiträden.

Fortbildningsdagen är kostnadsfri och mycket uppskattad.

JÄMTLANDS LÄN har även ett palliativt konsultteam dit bland andra distriktsköterskan kan ringa fr att få råd och stöd. Teamet kan föreslå ordinationer som distriktsköterskan kan ta med sig som förslag till distriktsläkaren.

Riksdagen har från en etisk plattform bestämt vad som ska prioriteras i vården.

Människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet, i den ordningen, är etiska principer som styr prioriteringarna. Vård i livets slutskede finns i grupp 1 av 4 riktlinjer om vårdens prioriteringar. Vård i livets slutskede är alltså högt prioriterad vård. Sjuksköterskorna upplever inte alltid att den prioriteringen görs av alla läkare, speciellt inte om annan läkare än ordinarie är inkopplad. ■

Agneta Draxten
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Bräcke

Trygghetsordinationer – distriktsläkarens perspektiv

– Maria, kan du ta detta samtal?

Sekreteraren på vårdcentralen räcker över telefonen.

– Hej! Det är syster Monica! Vi har en kvinna här på boendet som jag tror snart kommer dö. Jag behöver trygghetsordinationer i dag.

JAG HAR DET BÄSTA JOBB som finns. Så har jag alltid sagt, trots att det funnits perioder i mitt yrkesliv när det känts lite motigt. Före läkarutbildningen arbetade jag något år inom hemtjänsten och som sjukvårdsbiträde inom den så kallade långvården, men mötet med den äldre människan har aldrig slutat fascinera mig. Att få kliva in hos andra människor och inte bara ta del av deras sjukhistoria, utan även deras liv, är ett privilegium.

Under min tid som ST-läkare i Färgelanda på 90-talet gjorde jag mina första trevande hembesök. Ett syskonpar minns jag mycket väl. De hade hela sina liv bott kvar på sin föräldragård. Jag fick både böja på huvudet och kröka på ryggen för att komma in genom den sneda dörren. Brodern led av svår ledgångsreumatism och därtill hjärtsvikt. Att komma till sjukhuset var det inte tal om. Systemen gjorde så gott hon kunde. Nu hade orken börjat tryta och brodern orkade inte längre ta sig upp ur sängen. Han fick i sig en mugg välling och några blötlagda skorpor. Det kändes tryggt att distriktssköterskan som var med kom från trakten och faktiskt

också kände till detta syskonpar. Här höll jag mitt första brytpunktssamtal och det kändes helt naturligt. Tillsammans lade vi upp en plan för hur brodern skulle kunna vara kvar där hemma med stöttning av distriktssköterskan som tog vägen förbi varje dag efter arbetet på vårdcentralen. Jag har många gånger tänkt tillbaka på det mötet och förundrats över att vi över huvud taget hade tid att göra detta hembesök.

Under ett antal år handledde jag läkarstudenter tidigt under läkarutbildningen. Jag minns den 22-åriga studenten vars dröm var att bli helikopterförare.

”Jaha och varför vill du bli det”, frågade jag.

”Jag vill som läkare rädda liv”, svarade studenten

”Här räddar vi liv hela dagarna”, svarade jag, som naturligtvis ville sälja in min specialitet som allmänläkare. ”Se bara på alla blodtryck vi medicinerar, blodfetter och höga sockervärden. Mödravård. Och inte minst alla depressioner vi behandlar. Vi räddar liv dagligen.”

Han såg tveksam ut. Kanske han

förstår i dag vad jag var ute efter.

I mitt arbete numera är det inte alltid liv jag försöker rädda utan snarare livet. Rädda den sista tid som är kvar. Det kan handla om flera månader och ibland bara ett par dagar eller timmar. Att livet, det sista man har kvar, ska bli så bra som möjligt.

DAGLIGEN MÖTER JAG i mitt arbete patienter som snart ska dö; Idag, om en vecka eller kanske inom ett år. Multisjuka äldre vars tillstånd snabbt kan förändras från dag till dag. Plötslig dyspné, viktuppgång på ett par kilo inom ett par dagar. Hög feber, yrsel, bröstsmärtor, ångest och trötthet. Ibland lyckas det med rätt insatser att vända förloppet. Ibland, trots att det givits både vattendrivande, antibiotika och inhalationer i hemmet, räcker inte insatserna från primärvården och kommunen till, utan patienten behöver vård på sjukhus. Då ska möjlighet finnas till direktinläggning på medicinavdelning. Ibland tas beslut att sjukhusvård inte gagnar patienten, utan den bästa vården är i hemmet/boendet i nära samarbete mellan primärvården och kommunen.

LENNART, 89 ÅR, har nyligen kommit hem efter att sista månaderna ha vårdats på akutsjukhuset vid ett flertal tillfällen för sin hjärtsvikt och KOL. För varje vårdtillfälle har den kroniska njursvikten ytterligare försämrats. På sjukhuset har njurläkare beslutat att på grund av multisjuklighet och hög ålder är det ej aktuellt med dialys. Efter vårdplanering fick Lennart utökad hemtjänst men också hemsjukvård för såromläggning och kateterskötsel. Efter någon vecka var det aktuellt för mig att tillsammans med hemsjukvården göra hembesök, då Lennarts tillstånd åter försämrats. Han hade knappt orkat äta sedan hemkomst och hade mest varit sängliggande även dagtid. Då detta var ett planerat hembesök kunde jag förbereda mig noggrant på vårdcentralen om Lennarts sjukhistoria. Med tillåtelse att gå in i NPÖ kunde jag läsa epikriser och journalanteckningarna från tidigare och senaste vårdtillfället.

VÄL HEMMA HOS patienten möter jag en man som knappt orkar sitta uppe. Han svarar med svag stämma nej när jag frågar om han har ont någonstans. Andas snabbt. Vid undersökning ser jag att benen har börjat bli lite marmorerade. Ett par gånger gör han korta andningsuppehåll. Efter undersökningen sitter jag och sköterskan tillsammans med hustrun i köket och samtal. Jag frågar hustrun vad hennes tankar är kring Lennarts sjukdom. Hon svarar att hon inte tror att Lennart har så lång tid kvar att leva; ”Jag vill att han ska vara kvar här och få dö här hemma och jag vet att det också är Lennarts önskan.” Vi samtal om hur vi ska lägga upp vården framöver och göra livet så bra som möjligt för både Lennart och hustrun. Jag går igenom läkemedelslistan och behåller bara det mest nödvändiga. Jag berättar om trygghetsordinationer som kan ges för symtomlindring och informerar om närståendepenning. Sjuksköterskan kommer att ta kontakt med hemtjänsten och ge dem all nödvändig information. Innan vi går får hustrun telefonnummer till hemsjukvården och till hembesöksenheten på vårdcentralen. Jag lämnar över listan med trygghetsordinationerna till sjuksköterskan efter



Distriktsläkare Maria Johansson arbetar på en hembesöksenhet i Västra Frölunda i Göteborg.

justeringar av morfindosen vid behov då patienten redan stod på rätt hög stående dos. Telefonkontakt dagen efter för utvärdering. Tre dagar senare har Lennart stilla somnat in. I det här fallet tar sjuksköterska efterlevandesamtalet och erbjuder hustrun samtal med undertecknad vid behov.

Fallet med Lennart är trots dödlig utgång en solskenshistoria. Man önskar att alla kan få leva livets sista tid på detta sätt. En förutsättning är att vi distriktsläkare ges tid för hembesök när det behövs. Jag har denna möjlighet, då jag sedan två år tillbaka arbetar på en hembesöksenhet, som är en del av Närhälsan Frölunda. Till hembesöksenheten hör två distriktsköterskor och en undersköterska. Min vardag där består i att jag möter mina patienter i deras egna hem. Hälften av patienterna har hemsjukvård och ofta sker hembesöken tillsammans med sköterska. Den andra hälften är multisjuka äldre, som ännu inte är i behov av hemsjukvård, men som på grund av sin multisjuklighet har svårt att ta sig till en vårdinrättning. Genom att vi i övrigt är fränkopplade från det

vanliga vårdcentralsarbetet, har vi hög tillgänglighet för oplanerade hembesök och telefonsamtal från hemsjukvården. Läkarkontinuitet gör det möjligt att i tidigt skede se när det palliativa vårdbehovet kommer.

JA HUR GICK det nu för syster Monica? Ellen, 92 år, med grav demens har slutat äta sedan fem dagar. Är orolig, verkar ha smärtor och andas tungt. Barnen är på plats och införstådda med att deras mors liv närmar sig slutet. Patienten är för mig okänd. Tidboken mer än full. Många är vi distriktsläkare som känner igen situationen och frustrationen i att tvingas prioritera när det inte finns luft i systemet för akuta hembesök. Men om det är något som ska högprioriteras i primärvården är det just detta. Tidboken får vänta. Hembesök görs och Monica får listan med trygghetsordinationerna där det – inte minst viktigt – står noga antecknat när utvärdering ska göras. ■

Maria Johansson

Regional processägare Palliativ vård
Specialist i allmänmedicin
Hembesöksenheten Närhälsan Frölunda

Palliativa kitets framgång: att det är så lätt att mäta?

Checklistor, dokumentation och rutiner passar för ordination av läkemedlen i ett det palliativa kitet. Men hotar denna allmänna "förpappring" en god helhetsvård i livets slutskede? Palliativ Vårds redaktion resonerar sig fram till en gyllene medelväg.



Carl Johan Fürst
Professor i palliativ medicin, Lund

UTGÅNGSPUNKTEN FÖR den här konversationen med er tänkte jag skulle vara filosofen Jonna Bornemarks nya bok "Det omätbaras renässans" (Volante 2018). Jonna talar om "förpappringen" och "manualiseringen" av många verksamheter i dagens Sverige. För oss i vården kan det handla om den dokumentationshysteri som råder och den övertro på riktlinjer och checklistor som vi lever och verkar i. Varken Jonna Bornemark eller vi är emot dokumentation, riktlinjer eller kvalitetsmätning och uppföljning men inte som en lösning på bristande kontinuitet eller brister i kompetens. Kan vi tillsammans reflektera över det palliativa kitet med detta perspektiv eller med dessa glasögon på oss? Vad finns det för fördelar och möjligheter och nackdelar, farhågor eller risker?



Fredrik Wallin

PONERA ATT DEN palliativa vården skulle struktureras och automatiseras så att typiska palliativa diagnoskoder per automatik innebar att patienten fick palliativa mediciner ordinerade. En malign sjukdom med en eller flera metastaskoder flaggas i systemet och direkt är patienten ordinerad ett palliativt kit. I dagsläget är det omöjligt eftersom våra digitala system inte pratar med varandra av sekretesskäl, men tanken är inte omöjlig. Det finns ett flertal checklistor i dag, förvisso manuella, som instruerar oss utifrån en poängskala vad vi ska tänka och göra. Ett visst antal poäng ger en mjuk madrass, andra poäng ger näringstillskott. En sorts löpande band-princip avsedd att spara tid för personalen, systemen tar dock inte i beaktande att samma personal måste göra själva

mätningen. Därför är det inte helt omöjligt att tänka sig en full automatisering när vi väl löst problemet med de i dagsläget tysta digitala systemen. Tid är ju pengar, eller? Automatisering riskerar att leda till att vi stänger av. Vi gör det checklistan säger utan att själva resonera oss fram till en lösning. Och vad händer med relationen till patienten och patientens autonomi?

Vart hamnar vi när vi försöker överföra organisationsmodeller och strukturer från exempelvis bilindustrin (LEAN) till sjukvården? Förmodligen i förpappring. Det viktiga blir inte vad vi kan reflektera över eller vad vi lyssnar in utan hur vi räknar. Varför blir det så? För att i bilindustrin finns inte utrymme för empati och objektivitet. Det handlar om att tjäna pengar, sälja bilar (eller enheter som det oftast kallas) och att blidka aktieägare. Det handlar om att överleva som företag. Det finns inga naturliga paralleller till vård i denna filosofi. Industri och sjukvård är sällan organiserade på samma sätt och det ekono-

miska underlaget skiljer sig avsevärt mellan offentlig och privat sektor. Visst handlar det om att gå med vinst eller att inte gå minus i bägge dessa organisationer, men vägen till vinst eller underskott skiljer sig åt eftersom det ena handlar om maskiner och det andra om människor. Spelreglerna är således inte lika. Där industrin kan ta genvägar tar vården omvägar.

I industrins värld är tid pengar, i sjukvården är tid inget annat än tid. Den tid vi tar till annat tar tid från patienten. Självklart ska vi strukturera, mäta och dokumentera. Men vi måste hitta vägar för att hinna med detta utan att göra avkall på vård och omvårdnad. Då är vi mer sjukvård än industri.



Elisabet Löfdahl
Överläkare, Göteborg

JA, VID NÄRMARE eftertanke löper vården idag amok med riktlinjer och rutinlistor för allt, både det som kan och bör struktureras, och sådant som inte lämpar sig för det. Palliativ vård är inget undantag. Vi skapar checklistor, vårdplaner med mera oavbrutet. Det finns verkligen mycket gott i detta – vi strukturerar och tydliggör befintlig kunskap och informella rutiner. Men vi försöker också lappa över brist på kunskap och kompetens. Vi fråntar också oss själva – vårdarbetarna – möjlighet att agera självständigt och till exempel handlägga en patient helt utifrån den individens behov.

Det palliativa kitet kan vara ett av flera exempel på ett gott initiativ som också kan missbrukas, felanvändas och trivialisera bedömningar i en palliativ vårdssituation. Vi får inte

förledas att tro att vi bedriver god palliativ vård bara för att vi har ordinerat de förbestämda palliativa läkemedlen. Vi har sannolikt identifierat en patient med palliativa vårdbehov – och det är gott så – men god vård måste vara så mycket mer.

Fredrik Wallin

DET ÄR EN VIKTIG poäng som du belyser Elisabet. Att lappa över kunskap och kompetens. Vi kan förledas att tro att förekomsten av styrdokument, regionala och nationella löser ett eller flera problem avseende struktur eller kunskapsstyrning. Till syvende och sist beror ju ändå dokumentens betydelse på utförarens kompetens. Ett styrdokument kan vara hur utförligt som helst, men finns inte kompetensen eller förmågan hos utföraren så kommer innehållet i dokumentet ändå inte att gagna patienten.

Tittar vi till statistik från Svenskt palliativregistret så tydliggörs ju detta till viss del i den allmänna palliativa vården. Registret har sjunkande täckningsgrad i flertalet regioner, förekomst av munvård sista veckan i livet varierar och så även antalet brytpunktssamtal. Allmän palliativ vård utgör den största delen av palliativ vård överlag. Sannolikt är vårdgivarna/utförarna av den allmänna palliativa vården de som tar till sig dessa dokument minst eftersom så mycket annat tar deras uppmärksamhet.

Intressant är dock att siffrorna för palliativa ordinationer såsom injektionsläkemedel för ångest och smärta ligger högt i hela riket. Vi tycks alltså kunna ena landet i att morfin och exempelvis midazolam är viktigt sista veckan i livet, däremot får 6 av 10 en dokumenterad munhälsobedömning

och endast 5 av 10 smärtskattas sista levnadsveckan. (Alla kommuner, alla verksamheter, män och kvinnor, cancer, alla åldrar, 201801–201901 Svenskt palliativregister)

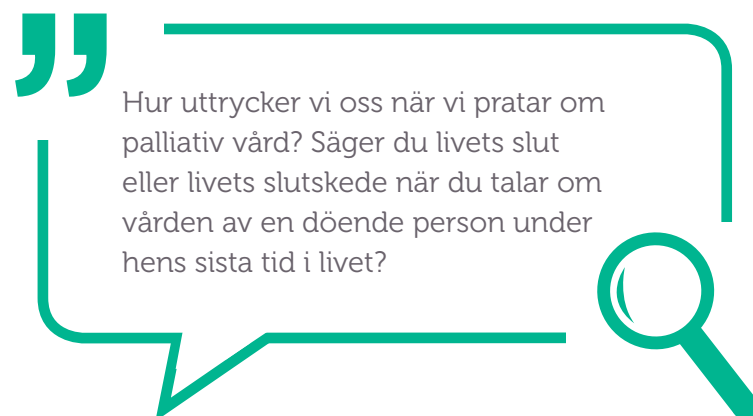
Därav kan ordination av ett palliativt kit få oss att tro att vi utför god palliativ vård när vi i själva verket inte når ända fram. Man kan anta att det finns styrdokument och rutiner/checklistor som belyser vikten av palliativa ordinationer, samma tonvikt läggs kanske inte på munvård och systematisk symtomskattning.

Elisabet Löfdahl

HELT RÄTT! Det vi i den palliativa vården måste utveckla är vår pedagogiska ådra, och utbilda och samarbeta med all vårdpersonal kring palliativ förhållningssätt, identifiering av symtom och så vidare. Den gyllene medelvägen med både god kompetens och goda checklistor.

Carl Johan Fürst

IDEN FRUSTRATION som vi tillsammans uttrycker är det nu av största vikt att vi inte spolat ut barnet med badvattnet. Det palliativa kitet är här för att stanna. Det är en grund för god vård av den döende patienten som i allra högsta grad är en döende person. Rätt läkemedel en grund för att lindra de flesta symptom vilket kan möjliggöra ett värdigt liv ända fram till slutet. Vi vet att det inte alltid blir så men med rätt kompetens och rätt läkemedel ordinerade och administrerade kan vi ge vårt professionella och mänskliga bidrag. ■



Språkfrågan:

Livets slut eller livets slutskede?

DEN FRÅGAN ställde jag till kollegor, vänner och familj. Av tio personer svarade tre livets slut, fem sa livets slutskede och två stycken undrade om det inte kallades terminal vård längre. Det sistnämnda kan vi enas om att det inte heter, även om det var ett uttryck som vi använde förr när jag var nybliven sjuksköterska på onkologen i Umeå.

Orden slut och slutskede är uttryck för tid och rum. De skiljer sig dock åt i definition, och i laddning.

ORDET SLUT BETYDER att något upphör eller når en gräns. Ett förhållande som innebär att något avslutas. Livets slut som uttryck har ett innehåll av tid, om än kort, och när jag hör uttrycket så får jag bilden av ögonblicket då en person är döende eller dör. Utifrån min erfarenhet kan det handla om ett par timmar som minst till dygn som mest. Den döende patienten kan vara somnolent eller medvetlös av sjukdom och/eller medicinering. För de som arbetar nära döende patienter är detta tiden då man sköter det basala

men ack så viktiga för patienten, tid för att kupera eventuella besvärande symptom som kan försvåra döendet. Det är också tiden då man stöttar anhöriga och närstående.

SLUTSKEDE ÄR ENLIGT Svensk Ordbok en avslutande fas av något. Det är också ett tids- och rumsuttryck, men det är inte lika skarpt och precist som ordet slut. Eftersom tidsperioden inte är definierad i ett slutskede tycker jag att det finns utrymme för handling i uttrycket livets slutskede; Tid för prat och skratt, sorg och gråt och tid för att avsluta det som är oavslutat. För vårdens del finns tid för planering och proaktivitet: Vad, när och hur?

Om vi gör en liknelse med att se på film, blir skärmen svart när filmen är slut (innan något annat program tar vid). Det är en tråkig företeelse, framför allt om filmen har varit underhållande och bra. Ibland är slutet på en film segt och utdraget, ibland snabbt och helt oväntat.

I FILMENS SLUTSKEDE däremot finns utrymme för några sista scener, efter-

texter och musik. Bra saker händer ofta i filmers slutskede oavsett genre. I dag har det dessutom blivit populärt att klämma in så kallade teasers (smakprov) på uppföljare någonstans mitt i eftertexterna. Även misslyckade tagningar och extrascener är vanliga. På så sätt har slutskedet av filmen blivit ännu mer intressant, något betraktaren väntar på och längtar till. Vem kunde tänka sig att eftertexter skulle vara en källa till glädje?

PÅ SAMMA SÄTT tänker jag att det är med livet. När vi dör blir det förmodligen svart när livet tar slut, även om vi troligtvis inte märker av det själva. Om det finns en efterföljande tablå låter jag vara osagt. I slutskedet av livet däremot kan bra saker fortfarande hända. Medan våra eftertexter sakta börjar rulla i bakgrunden kan vi fortfarande njuta av musiken som spelas och det finns utrymme för de där sista vackra och betydelsefulla scenerna i vårt liv, trots att vi önskar att "filmen" ska fortsätta.

Fredrik Wallin

Ny definition av palliativ vård

Internationella organisationen IAHPC har kommit med en uppdaterad definition av vad palliativ vård är. En viktig förändring är att palliativ vård innefattar vård till i princip alla patienter med svårt sjukdomsrelaterat lidande. NRPV har nu tagit initiativ till en svensk översättning.

WHO:SENASTE definition av palliativ vård publicerades 2002. The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), som gör väldigt mycket för att stötta utvecklingen av palliativa vården i utvecklingsländer, har sett behovet av en uppdaterad definition av palliativ vård. IAHPC med Lukas Radbruch som ordförande och Liliana DiLima som chefsanvarig har genom ett konsensusförfarande bland föreningens experter och medlemmar och tagit fram den nya definitionen som finns tillgänglig på IAHPCs webbplats (www.hospicecare.org). På webbplatsen går man till "What we do" och där finns den definitionen att

läsa. På webbplatsen finns också bland annat IAHPC och WHO:s lista på "essential drugs" som är relevant för detta temanummer av tidskriften.

Den uppdaterade definitionen innehåller några viktiga förändringar. Viktiga aspekter är att palliativ vård innefattar vård till i princip alla patienter med svårt sjukdomsrelaterat lidande. Kommunikation och planering av vården lyfts fram som viktiga aspekter liksom patientens och de närståendes kulturella värderingar och att palliativ vård ska kunna ges parallellt med sjukdomsinriktad behandling. Det finns ett avsnitt som vänder sig till regeringar med syfte att stödja utvecklingen av

palliativ vård. Denna del är mycket viktig och har särskild relevans i länder med liten tillgång till palliativ vård.

NRPV har initierat ett arbete som ska leda till en svensk översättning av definitionen. Efter ett första utkast kommer processen att vara helt öppen för att vi tillsammans ska kunna skapa en så bra svensk översättning som möjligt. Därefter lär följa en diskussion om huruvida innehållet i den nya definitionen är relevant för den svenska utvecklingen av palliativ vård. ■

Carl Johan Fürst

Professor i palliativ medicin, Lund

PALLIATION ABC
– avgiftsfri webbutbildning palliativ vård



Alla människor har rätt till god vård i livets slutskede

Gör en satsning på palliativ vård – gå Betaniastiftelsens avgiftsfria webbutbildning **Palliation ABC**



Betaniastiftelsen

Här hittar du
webbutbildningen
www.palliationsakademin.se

SONIA

TEXT: REDAKTIONEN

DEN HÄR BERÄTTELSEN handlar om Sonia. Hon är 71 år, gift och sammanboende med sin make i Sverige. Paret har fyra barn, alla vuxna, välutbildade och med egna familjer. 1989 flydde hela familjen från Iran och hamnade i Sverige. Delar av övrig släkt flydde till Tyskland och Kanada. Det var inte så lätt att slå rot i det nya landet för Sonia och maken, bland annat var det mycket svårt att förstå hur samhället egentligen fungerar. Också språket var och är en utmaning. Barnen hade mycket lättare att lära sig språk och att navigera i samhället. Familjesammanhållningen är mycket stark. Sonia har under åren tagit hand om och passat många av barnbarnen och regelbundet ordnat middagar för den ganska stora familjen.

FÖR TVÅ ÅR SEDAN fick Sonia alltmer ont i ryggen. Hon besökte primärvården flera gånger tillsammans med olika barn som hjälpte henne och samtidigt tolkade. Hon fick smärtstillande läkemedel och kontakt med en sjukgymnast. Dit gick hon bara en gång då smärtan ökade efter första besöket. Så småningom blev Sonia så trött och fick så svåra smärtor att hon tillsammans med barnen sökte akutmottagningen på sjukhuset. Hon lades in på en allmänkirurgisk avdelning på det stora sjukhuset. Vidare utredning visade på en spridd malignitet (cancer) med myck-

et skelettmetastaser och en tumör i lunga och en i lever. Efter flera veckors väntan togs en biopsi i skelettet, och ännu flera veckor senare finns inget svar på denna undersökning. Under hela denna nu ganska långa vårdtid på kirurgen har Sonia legat till sängs. Något av barnen finns alltid på plats bredvid sängen. Familjen sköter mycket av omvårdnaden. Närstående har flera gånger haft längre samtal med läkare om Sonias sjukdom. Sonia har aldrig själv varit med, och någon auktoriserad tolk har heller inte använts då barnen tycker att det är onödigt. Vilken information Sonia fått om sin allvarliga sjukdom och orsak till smärtan är svårt att värdera.

PERSONALEN PÅ AVDELNINGEN känner sig lite osäkra inför patienten och familjen. De misstänker att Sonia av och till har mycket ont och är orolig, men barnen tonar ner symtombilden. Sjukhusets palliativa konsultteam kontaktas och besöker patienten flera gånger. Närstående är skeptiska till begreppet "palliativ vård" och undrar varför just det teamet besöker deras mamma. Efter lite samtal och en ganska grundlig genomgång av symtomen smärta och ångest insätts en liten dos fentanyl kompletterat med en mindre dos metadon samt lite oxascand på kvällen. Teamet försöker samtala med patienten och familjen kring vad det kan innebära att någon i familjen diagnosticeras med en svår, obotlig sjuk-

dom, men närstående vill inte samtala kring detta. Under det besöket ligger Sonia och blundar i sängen. Sonia mår efter några dagars ny smärtbehandling lite bättre, verkar mindre orolig och har mindre ont. Det tycker familjen är bra. Barnen har själva tagit reda på mycket om behandlingar vid olika typer av spridd cancer, och också kontaktat släktingar i Kanada som är läkare för råd. Varje dag efterfrågas provsvar och en onkologisk behandlingsplan för mamman så att hon blir stark, mår bra igen och smärtan försvinner.

EN DAG PÅ RONDEN meddelar kirurgläkaren att det snart kommer att bli en vårdplanering, då patienten betraktas som utskrivningsklar och snart bör skrivas ut från sjukhuset. En arbetsterapeut kommer också för en så kallad ADL-bedömning inför utskrivningen då ju Sonia mestadels varit sängliggande under vårdtiden. Sonia vill gärna komma hem till sin invanda och trygga miljö, men har svårt att förstå hur det ska gå till när hon nu är så sjuk och behöver läkemedel, ibland också injektioner. Hon frågar lite försiktigt med enkla ord om läkaren vet vilken sjukdom hon drabbats av. Närstående ifrågasätter kraftigt beslutet om hemgång. Deras mamma är ju mycket sjuk. Ingen plan för fortsatt behandling finns. Familjen har inte ens träffat onkologen ännu. Dessutom vill man att mamma ska bli bättre och starkare först. Hemtjänst känner man till och det verkar inte bra.

DET PALLIATIVA KONSULTTEAMET kallas in igen. Hur ska man lösa situationen? Är detta något för ASIH-teamet? Eller kanske ett korttidsboende? Eller är det rentav dags för hospicevård?

Några frågor att diskutera:

- Kan man säga att vården på kirurgavdelningen utmärks av ett palliativt förhållningssätt till patienten?
- Hur har kommunikationen fungerat mellan patient, familj och vård?
- Spelar olika kulturella traditioner någon roll i vårdens och familjens förhållningssätt till patienten?
- Hur, och i vilken utsträckning, kan man arbeta mer aktivt och strukturerat på en akut kirurgavdelning med symtomlindring, funktionsbedömning och eventuell mobilisering av en svårt sjuk patient med palliativa vårdbehov?





Hicka i palliativ vård

Lars är en 64 årig man med nydiagnostiserad och spridd ventrikeltumor. Han har kraftig ascites och peritonealcarcinom. Ingen onkologisk behandling är aktuell eftersom allmäntillståndet är så pass dåligt. Lars blir inlagd på en palliativ slutenvårdsavdelning. Han uttrycker redan vid inskrivningen att hans mål är att få komma hem och kanske börja jobba igen. Lars tycker att hans största problem är sin svullna buk, lite smärtor från magen och den besvärande hickan han har haft under flera veckor

Hicka i palliativ vård

Hicka är ett symtom som kan vara vanligt, både vid benigna tillstånd och i palliativ vård. Det verkar vara vanligare hos barn än hos vuxna och det finns troligen en skillnad mellan könen, där hicka är vanligare hos män. Det verkar även finnas en dygnsrytm, där hicka är vanligare på kvällen än under dagen.

I många fall slutar man att hicka efter ett kort tag, men ibland kan hickan vara bestående och därigenom bli ett betydligt större problem. Cirka 10% av alla patienter med en malign cancersjukdom drabbas av hicka och vid vissa cancerformer, till exempel cancer i matstrupan, är symtommet betydligt vanligare.

Hickans fysiologi

Hicka är en ofrivillig kontraktion av diafragman och revbensmuskulaturen vilket leder till en kraftig inandning. Samtidigt som detta sker stängs stämbanden snabbt och det hickande ljudet uppstår. Varför vi hickar är oklart, men det har föreslagits att det kan ha att göra med en ”felkoppling” i styrningen mellan andning och sväljning.

I det centrala nervsystemet är medulla oblongata, hypotalamus och övre delen av ryggmärgen (C3-C5) inblandade. De afferenta nervbanorna går främst via nervus vagus och nervus phrenicus medan de efferenta banorna går via nervus phrenicus ner till diafragman. De signalsubstanter som är inblandade vid hicka verkar vara bland andra GABA och dopamin.

Orsaker till hicka vid palliativ vård

Genom att dela upp orsakerna till att patienten hickar i perifera och centrala orsaker kan man få vägledning kring

behandlingsalternativ. De perifera orsakerna till hicka kan också delas upp i gastrointestinala orsaker och icke-gastrointestinala orsaker

Tabell 1 Perifera orsaker till hicka
GASTROINTESTINALA ORSAKER
Reflux
Gastrit
Magsår
Utspänd ventrikel eller tarmar
Gastropares

ICKE-GASTROINTESTINALA ORSAKER
Hjärtinfarkt
Pneumoni
Tumör som trycker på omgivningen/nerver
Ascites

Tabell 2 Centrala orsaker till hicka
Cerebrovaskulära händelser
Skador i hjärnstammen
Hjärntumörer
MS
Parkinsonism
Infektioner

Tabell 3 Andra orsaker till hicka
Alkohol
Infektioner
Hyponatremi
Hypokalemi
Hypokalcemi
Hypokapni
Ångest
Stress

EN VANLIG GASTROINTESTINAL orsak till hicka är reflux men även utspända tarmar och utspänd ventrikel kan ge hicka. Perifera orsaker som inte beror på gastrointestinal påverkan kan vara en tumör som trycker direkt på n. phrenicus eller ascites som påverkar omgivningen, till exempel diafragman.

CENTRALA ORSAKER kan vara direkta skador, framför allt på hjärnstamsnivå, men även tumörer och neurodegenerativa sjukdomar. Toxiska effekter såsom blodsaltsrubbingar, infektioner eller hypokapni, lågt halt av koldioxid i blodet, kan ge hicka. Även psykogena orsaker som stress och ångest förekommer.

DET ÄR ÄVEN VIKTIGT att påpeka att många av de läkemedel vi använder i palliativ vård, ibland för att behandla hicka, även kan ha hicka som biverkan. Det är därför alltid viktigt med en läkemedelsgenomgång.

Tabell 4 Läkemedel som kan ge hicka
Opioider
Benzodiazepiner
Kortikosteroider
Dopaminagonister

Icke-farmakologisk behandling av hicka i palliativ vård

Vid icke-farmakologisk behandling av hicka finns det två huvudstrategier: att påverka andningen eller att irritera nasofarynx. Att andas i en påse kan ge hyperkapni och därigenom bryta den pågående hickan. Ett annat sätt att bryta hickreflexen är att irritera

Tabell 5 Icke-farmakologiska åtgärder mot hicka
PÅVERKA ANDNINGEN
Hålla andan
Valsalva-manöver
Andas i påse

IRRITERA NASOFARYNX
Dricka vatten
Dra ut tungan
Massera gommen.
Sond som retar nasofarynx

Farmakologisk behandling av hicka i palliativ vård

Om ingen självklar orsak finns bör en protonpumpshämmare användas som förstahandsval eftersom gastrointestinal reflux är en så vanlig orsak till hicka. Om central orsak till hickan misstänks är baklofen förstahandalternativ, medan om man misstänker perifera orsaker bör metoklopramid övervägas först. Andra alternativ är haloperidol eller gabapentin. När patienten närmar sig livets slut är en subkutan pump med midazolam ofta ett mycket bra alternativ.

Tabell 6 Förstahandsval av behandling vid hicka
Vid oklar orsak: protonpumpshämmare
Vid central orsak: baklofen
Vid perifer orsak: metoklopramid

Tabell 7 Farmakologisk behandling mot hicka i palliativ vård	
Omeprazol	20 mg en till två gånger dagligen
Metoklopramid:	10 mg p.o tre gånger dagligen
Baklofen	5–15 mg p.o två till tre gånger dagligen
Haloperidol	1–4 mg/dygn s.c/p.o
Gabapentin	100–400 mg p.o tre gånger dagligen
Midazolam	10–60 mg/24h s.c

Hickan fortsätter att vara ett problem för Lars. Byte av omeprazol görs från per oral till intravenös behandling för att se om detta ger mer effekt. Det görs även ett försök med baklofen vilket ger en kortvarig effekt i några dagar. I stället prövas med upprepade buktappningar dagligen på en stor mängd ascites vilket ger viss lindring av hickan men framför allt av buksmärtan. När Lars blir sämre och går in i döendefasen får han allt mer ångest. Han får då en subkutan pump med midazolam som ångestlindring. Pumpen ger tveksam effekt på ångesten men däremot blir hickan betydligt bättre och Lars avlider relativt symtomlindrad från sin hicka.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Jonas Bergström
Specialist i geriatrik och palliativ medicin
Överläkare vid Palliativt Centrum, Stockholms Sjukhem

Inspireras av goda exempel

I SPN:s nyhetsbrev, september 2018, frågade vi efter idéer och tips från den kliniska palliativa vården på arbetssätt som fungerar bra och som andra kan lära av. Några lyftes fram i förra numret, och här publiceras resten som alla kommer från Dalens sjukhus i Stockholm.

Bedside-rapportering ger trygghet och sparar tid

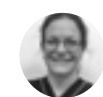
På vår palliativa avdelning pågår ett projekt med utveckling och implementering av bedside-rapportering, det vill säga att rapportering sker vid patientens sida för att de själva ska kunna återge sin upplevelse. Vårt syfte med bedside är att öka delaktighet för patient och närstående och öka transparens genom att det vi säger om patienten på rapporten vill vi också säga inför och tillsammans med patienten.

Bedside-rapport kan också främja ett säkert överlämnande då arbetande sjuksköterska följer med kvällssjuksköterska in till patienten och därmed direkt kan rapportera om eventuella skillnader i patientens mående, till exempel i de fall då patienten inte själv kan kommunicera. Bedside-rap-

porteringen har också visat sig vara tidsbesparande då den personal (sjuksköterska och undersköterska) som arbetar kväll får både rapport och möjlighet att se och prata med alla patienter direkt i anslutning till att de börjar sitt skift.

Vi har arbetat fram en struktur för hur själva rapporteringen ska se ut med målet att vi alla kan arbeta på liknande sätt och därmed skapa trygghet både för personal och patienter och närstående. Överrapporterande sjuksköterska leder kvällspersonal runt till de olika rummen då hon/han bäst kan avgöra var och hur det är lämpligt att genomföra bedside. Överrapporterande sjuksköterska leder också samtalet inne på rummen som består av tre delar: inledning, rapportering och avstämning. Beräknad tid för rapporteringen på rummet är cirka fem minuter.

I inledningen klargörs syftet för patient och närstående, dvs rapportrande sjuksköterska inleder ungefär så här: ”Jag ska snart avsluta mitt arbetspass och nu kommer det vara X och X som arbetar kväll. Vi har kommit in till dig nu för att göra en kort överrapportering om hur dagen har varit för dig”. Kvällspersonal får här möjlighet att hälsa och presentera sig. Sedan följer en sammanfattande rapportering. Rapporten avslutas med en avstämning där patienten tillfrågas om rapporteringen har varit korrekt och om det som har sagts överensstämmer med hans/hennes uppfattning. Språket anpassas till varje patients behov och förutsättningar.



Caroline Wärja
Biträdande vårdenhetschef, Capio Palliativa enheten, Dalens sjukhus,
E-post: caroline.warja@capio.se

Vi förebygger trycksår - med lyckat resultat

Palliativa avdelningen, Capio, Dalen, Stockholm

Trycksår är som bekant ett mycket obehagligt problem för patienterna och kan bland annat medföra smärta, dålig lukt, obehag vid omläggning samt social begränsning. För att förebygga och lindra trycksår och för att upprätthålla kunskapsnivån genomförs återkommande utbildningar inom området.

Utbildningen består av teori och praktik om trycksårs uppkomst, förebyggande åtgärder och om tryckavlastande material, samt kunskap

om förflyttning och om nutrition. Personalen deltar med stort engagemang och efter avslutad utbildning får personalen med sig ett så kallat förebyggande trycksårskort. Även en aktivitetsplan i TakeCare, som handlar om risk för trycksår, används.

Teamet vidtar olika åtgärder utifrån professionernas kompetens. Sjuksköterska och undersköterska uppmärksammar risk och förekomst av sår samt hanterar till exempel omläggningar. Läkare ordinerar smärtlindring. Arbetsterapeut och fysioterapeut arbetar med tryckavlastande material och skonsamma förflyttningar.

För att utvärdera arbetssättet har

punktprevalensmätning-PPM genomförts regelbundet. Vid en av de tidsbegränsade utvärderingarna under en 10-veckorsperiod, sjönk prevalensen av trycksår för avdelningens patienter från 15 procent till 0 procent.

Då resultatet på PPM-mätningen förbättrades så påtagligt efter genomgången utbildning har målet att utbildning, påminnelser och uppdatering ska ske kontinuerligt.



Sara Mesfin
Leg. sjuksköterska, Capio Palliativa enheten, Dalens sjukhus
E-post: sara.mesfi@capio.se

Palliativ cirkel för att behålla och sprida kunskap

ASIH och palliativa avdelningen Capio, Dalen, Stockholm

I en palliativ cirkel diskuteras ämnen som symtom och symtomlindring, brytpunktsamtal, närstående samt kulturella skillnader. Träffarna sker vid fyra tillfällen och pågår 1,5 timme vid varje tillfälle. Alla deltagare förbereder sig för cirkeln genom att läsa en del av vårdprogrammet som bestäms i förväg. Diskussionerna i gruppen handlar om riktlinjer för arbetet och reflektioner över arbetssättet. Två sjuksköterskor leder samtalet med utgångspunkt från den text som alla läst.

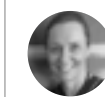
Det är ett aktivt arbete för hela vår personalgrupp på den palliativa slutenvårdsavdelningen och ASIH för att förnya och fördjupa kunskapen inom palliativ vård samt för att implementera riktlinjer från Nationella vårdprogrammet. Målet är att främja ett gemensamt förhållningssätt och en likvärdig och god vård för patienter som vårdas i livets slutskede.

Det finns ett stort intresse från alla yrkesgrupper i teamet att få delta och hittills har ca 70 procent av vårdpersonalen på ASIH och på den palliativa slutenvårdsavdelningen deltagit i cirkeln.

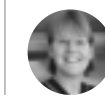
I de interna utvärderingarna har deltagare uttryckt att cirkeln lett till nya tankar och arbetssätt som bidragit till bättre vård för patienterna. Efter

genomgången cirkel används vårdprogrammet som ett stöd i det dagliga arbetet, uppger många deltagare. Förståelsen har ökat mellan olika yrkesgrupper som sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter på ASIH och på slutenvårdsavdelningen efter genomgången palliativ cirkel.

Arbetet med palliativ cirkel sker fortlöpande för att behålla och sprida kunskap hos personalen.



Pernilla Carlberg
Leg. sjuksköterska, vårdenhetschef, Capio Palliativa enheten, Dalens sjukhus
E-post: pernilla.carlberg@capio.se



Eva Wallenius
Leg. sjuksköterska, Capio ASIH, Dalens sjukhus
E-post: eva.wallenius@capio.se

För en jämlik palliativ vård!

Chans att påverka via nationellt nätverk.
Unika rapporter, just för Din verksamhet.
Gratis arbetsmaterial till Alla medarbetare.

Teckna Svenska palliativregistrets nya Serviceavtal.

Vi berättar mer..

info@palliativ.se

0480-418040



” Jag tycker det är roligare med blandade sjukdomstillstånd

Möt en specialist: Johan Herlin Ejerhed

En specialist som inte ville specialisera sig mera? En sådan är Johan Herlin Ejerhed, som jobbar med internmedicin i akutsjukvården. Han jobbar också för att sprida det palliativa förhållningssättet till alla akutsjukhus i landet.



Johan Herlin Ejerhed vill sprida det palliativa förhållningssättet i akutsjukvården. Han är specialistläkare i internmedicin, sektionschef för allmän internmedicin och ingår i ledningen för Medicinkliniken på Danderyds sjukhus.

PÅ SJUNDE VÅNINGEN I höghusdelen av Danderyds sjukhus i norra Stockholm ligger avdelning 76. Det är en avdelning för ”allmän internmedicin” som Johan Herlin Ejerhed var med och startade 2014. Att subspecialisera sig var aldrig ett alternativ under ST-utbildningen eller som färdig specialist.

– Jag tycker det är roligare med blandade sjukdomstillstånd. På min avdelning har vi en blandning av olika tillstånd hos patienterna och ofta en blandning hos en och samma patient. Det utmanar oss som läkare att verkligen utöva läkekonst. Att utgå från helheten och inte alltid följa skolboken, säger Johan.

EN STOR DEL av patienterna på avdelning 76 är det som brukar kallas multisjuka, eller sköra, äldre. Kom-

plexiteten i att vårda dessa patienter beror oftast inte på en enskild åkomma, utan på hur kombinationen av skörhet och sjukdomar påverkar individen. Johan pratar om att ha helikopterperspektiv, att inte bara se det akuta tillståndet utan patientens hela livssituation.

– En viktig fråga vi måste ställa oss i akutsjukvården är: ”Är patienten akut sjuk eller döende?” Det är inte alltid så lätt att göra den bedömningen, eftersom symtomen kan vara likadana.

SJÄLV KOM JOHAN i kontakt med det palliativa förhållningssättet 2015, då 76:an som första akutsjukvårdsavdelning i landet blev demenscertifierad av Silviahemmet. Det innebär bland annat att man tar på sig att utgå ifrån ett palliativt förhållningssätt i vården.

– Det var något jag hade jättesvårt för i början. Palliativ vård betyd-

de för mig att patienten skulle dö. Veldig snabbt. Vad tyckte patienter och anhöriga om det? Vi är ju en akutsjukvårdsavdelning, inte en ättestupa, säger Johan.

Men ganska snart förstod han fördelarna med förhållningssättet, såväl för patienterna som för personalen. Teamarbetet har stärkts och patientens livssituation får större inflytande på de medicinska besluten och planeringen kring patienten. Att dessutom ha brytpunktssamtal utan att patienten nödvändigtvis behöver dö på sjukhus är viktigt för att individen ska få en mer värdig sista tid i livet.

FRÅGOR ATT REFLEKTERA kring inom akutsjukvården för att lättare identifiera behovet av brytpunktssamtal är enligt Johan: Finns det risk att patienten inte överlever vårdtillfället? Förlänger vi döendet snarare än livet?

” Vi är ju en akutsjukvårdsavdelning, inte en ättestupa

Finns det ett bättre alternativ för patienten vid försämring än att komma åter till akuten?

– I stället för att förfasas över att patienter skickas fram och tillbaka mellan boenden och sjukhus måste vi rannsaka oss själva och fråga oss om vi har hållit brytpunktssamtal och dokumenterat det i slutaanteckningen till boendet. Det är lättare för oss som högre vårdnivå, så att säga, att göra bedömningen att patienten inte ska in igen. Vi bör inte lägga det på personalen på boendet.

JOHAN TYCKER ATT det skulle kunna vara ett kvalitetsmått att ha hög patientdödlighet inom 30 dagar efter utskrivning från akutsjukhus. Det betyder att patienten fått dö kontrollerat i en miljö som hen har valt själv.

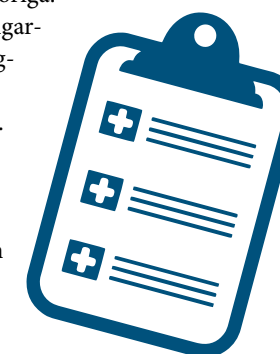
FÖR JOHAN HAR det palliativa förhållningssättet blivit en hjälp när det inte är självklart vad man som läkare ska göra med en multisjuk äldre patient. Han har gjort det till en självklar röd tråd i den kurs för ST-läkare som han tagit initiativ till. Den heter *Akut omhändertagande av den multisjuka patienten ur ett helhetsperspektiv* och ordnas via Socialstyrelsen två gånger per år. Kursen startade i fjol och hittills har 140 läkare från hela landet gått den.

– Under kursen försöker vi inspirera deltagarna till att dra igång förbättringsarbete på sina hemsjukhus. Och jag får rapporter hur de börjar

göra små framsteg, inför något nytt arbetssätt eller hjälpmedel. Det gör mig glad och inger hopp om framtiden, säger Johan.

I SITT EGET ARBETE i höghuset vid Mörby centrum känner Johan sig allra mest tillfreds när han avlägsnat ”elefanten i rummet” och diskuterat liv och död, förväntningar och farhågor med patient och anhöriga. Då finns förutsättningar för att fortsättningarna blir så bra som möjligt för patienten. Och att de som är döende i största möjliga mån får sin sista tid i livet så som de vill ha den. ■

Linda Swartz



FÖRLÄNGD ÖVERLEVNAD OAVSETT PD-L1-STATUS²

KEYTRUDA rekommenderas
av NT-rådet¹

KEYTRUDA är den enda PD-1/PD-L1-hämmaren som är rekommenderad i första linjen i kombination med kemoterapi

NY INDIKATION!

KEYTRUDA i kombination med platinabaserad kemoterapi och pemetrexed är indicerat som första linjens behandling av metastaserad NSCLC av icke skivepiteltyp hos vuxna vars tumörer inte är positiva för mutationer i EGFR eller ALK

» SIGNIFIKANT LÄNGRE TOTALÖVERLEVNAD med KEYTRUDA²
» RISKEN FÖR DÖD HALVERADES^{2*} » 30 min infusion, var 3:e vecka³

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

KEYTRUDA® (pembrolizumab) 50 mg pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning; 25 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Monoklonal antikropp, PD-1-hämmare, Rx, EF. SPC 12/2018

Indikationer: KEYTRUDA som monoterapi är indicerat för adjuvant behandling av vuxna: • efter total resektion av melanom som involverat lymfkörtlar. KEYTRUDA som monoterapi är indicerat för behandling av vuxna patienter med: • avancerad (inoperabelt eller metastaserat) malignt melanom • metastaserad icke småcellig lungcancer (NSCLC) i första linjen vars tumörer uttrycker PD L1 i ≥ 50 % av tumörcellerna • lokalt avancerad eller metastaserad NSCLC vars tumörer uttrycker PD L1 i ≥ 1% av tumörcellerna (TPS ≥ 1%) och som tidigare behandlats med åtminstone en kemoterapiregim • recidiverande eller refraktär klassiskt Hodgkins lymfom (cHL) som inte svarat på autolog stamcellstransplantation (ASCT) och behandling med brentuximabvedotin (BV) eller som inte är lämpade för transplantation och inte svarat på BV • lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer som tidigare behandlats med platinabaserad kemoterapi • lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer som inte är lämpade för cisplatinbaserad kemoterapi och vars tumörer uttrycker PD L1 ≥ 10 enligt metoden Combined Positive Score (CPS) • recidiverande eller metastaserad skivepitelcancer i huvud och hals (HNSCC) vars tumörer uttrycker PD-L1 med TPS ≥ 50 % och som progredierat under pågående eller efter avslutad platinabaserad kemoterapi KEYTRUDA som kombinationsbehandling är indicerat för vuxna patienter: • i kombination med platinabaserad kemoterapi innehållande pemetrexed vid metastaserad icke-skivepitel NSCLC i första linjen vars tumörer inte är positiva för mutationer i EGFR eller ALK

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.
Varningar och försiktighet: • Immunrelaterade biverkningar som förekommit i samband med behandling, inklusive allvarliga fall och fall med dödlig utgång, inkluderar pneumonit, kolit, hepatit, nefrit och endokrinopati (såsom hypofysit, typ 1-diabetes mellitus, diabetesketosacidosis, hypotyreoos och hypertyreoos). Långvarig hormonell substitutionsbehandling kan vara nödvändig

i fall av immunrelaterade endokrinopati • Allvarliga immunrelaterade hudbiverkningar har rapporterats hos patienter som fått pembrolizumab. Fall av Stevens-Johnsons syndrom (SJS) och toxisk epidermal nekrolys (TEN), vissa med dödlig utgång, har rapporterats hos patienter som fått pembrolizumab. Om SJS eller TEN bekräftas ska pembrolizumab sättas ut permanent • Pembrolizumab måste sättas ut permanent vid: - immunrelaterade grad 3 biverkningar som återkommer - varje immunrelaterad grad 4 toxicitet, undantaget endokrinopati som kontrolleras med hormonell substitutionsbehandling eller hematologisk toxicitet hos cHL-patienter • Följande ytterligare kliniskt signifikanta, immunrelaterade biverkningar, inklusive allvarliga fall och fall med dödlig utgång, har rapporterats i kliniska studier eller efter godkännandet: uveit, artrit, myositis, myokardit, pankreatit, Guillain-Barrés syndrom, myastent syndrom, hemolytisk anemi, sarkoidos och encefalit • Hos patienter som genomgått allogen hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) har akut GVHD, inklusive GVHD med dödlig utgång, rapporterats efter behandling med pembrolizumab • Vid urotelial cancer ska läkaren innan insättning av behandling överväga den fördröjda effekten av pembrolizumab hos patienter med sämre prognos som tidigare behandlats med platinabaserad kemoterapi • Vid användning av pembrolizumab i kombination med kemoterapi för patienter med NSCLC är de observerade biverkningsfrekvenserna högre, vilket speglar bidragen från var och en av komponenterna
Interaktioner: Inga formella farmakokinetiska interaktionsstudier har utförts med pembrolizumab. Eftersom pembrolizumab elimineras från cirkulationen genom katabolism förväntas inga metabola läkemedelsinteraktioner. Användning av systemiska kortikosteroider eller immunsuppressiva läkemedel före start av pembrolizumab bör undvikas på grund av potentiell påverkan på pembrolizumabs farmakodynamiska aktivitet och effekt.

För fullständig information se www.fass.se

Referenser: 1: NT-rådets yttrande till landstingen 2018-12-13. 2: Gandhi L et al.online April 16, 2018]. N Engl J Med. 2018. doi:10.1056/NEJMoa1801005. 3. KEYTRUDA SPC dec 2018
* 51% riskreduktion för död (HR=0,49; 95% CI 0,38-0,64 P>0,00001) 1-års OS 69,2% i KEYTRUDA + plat/ pem-armen och 49,4% i kontrollarmen. 48% riskreduktion för sjukdomsprogress och död (HR=0,52; 95% CI 0,43-0,64 P>0,00001) 1-års PFS 34,1% i KEYTRUDA+plat/pem-armen och 17,3% i kontrollarmen.



Medkänsla på dödsbädden

DET BLEV knäpp tyst i konferenssalen fyra trappor ned under Wisconsin Avenue i Washington DC. Så tyst att jag kom på mig med att försöka låta bli att snörvla, fast jag visste att alla andra också satt och höll igen med sitt. Framme på den enorma filmduken växlade svartvita bilder av människor på ett hospice. Vad fick oss i publiken – mest vårdpersonal – att känna värme, vad fick oss att rygga tillbaka?

FRANK OSTASESKI VAR 1987 en av grundarna till Zen Hospice Project, USA:s första buddhistiska sjukhem för vård i livets slutskede. Nu visar han sina bilder där magra, äldre människor ligger i sjuksängar. De tittar in i kameran med totalt lugn. De har någon på sängkanten, de ler. En röker en cigarett, en annan tittar bort med spända ansiktsmuskler. Nästan alla får mig att känna värme, för det finns en människa intill de sjuka eller så har kameran fångat friden i deras blickar. Bara kvinnan med bortvända ögon som inte vill möta mina här i konferensbänken får mig att backa.

Frank Ostaseski har börjat med att säga att man på hospice ofta missförstår vad medkänsla är. Man tror att det innebär att hjälpa folk att känna trygghet. ”Men där jag jobbar kan jag säga – döende människor känner sig inte ett dugg trygga. Men de kan stå ut, för de har sällskap. Det kan räcka med någon som inte är lika rädd och som är med dem i deras smärta.”

EN BILD AV en kvinna i en sjuksäng ligger kvar på duken medan Frank

Ostaseski ber oss berätta vad vi känner. Mikrofonen går runt. Någon ryggade tillbaka för rökningen. Andra sa som jag kände, att det var svårt att se den nakna rädslan i en människas ansikte.

”Bra, sa Frank Ostaseski. Det är det här ni lär er av, att känna era egna reaktioner.”

Frank är meditationslärare och har det som livsuppgift att våga möta människors rädsla. Den som vi ryggade tillbaka för bara på bild. När han sitter på deras sängkant och patienterna erkänner sin skräck kan han säga till dem: ”Den skräcken kommer inte att försvinna.” Så sitter han kvar, med hela sin närvaro. Det är vad han kallar medkänsla. Den tar inte bort lidandet, men gör det möjligt att stå ut med det.

”Man hittar alltid helandet när man möter smärtan”, förklarar han. Medkänsla låter oss göra precis det. Ibland kan den låta oss stanna med den andras lidande, varpå en djupare sanning kommer. Något som är större än rädslan och som kan göra upp med den.”

Men alla vill inte ha sällskap inför det allra, allra sista som ska ske. Frank Ostaseski gjorde många arga på hospicet när han gick patienten John till mötes och satte upp en skylt på dörren: ”Stör ej.” John hade sagt att han ville dö ensam.

I andra fall är lidandet inför döden outhärdligt. När Frank kom hem till ett par föräldrar som mist sin sjuårige son var de som förlamade. Ingen hade rätt kroppen. Då Frank böjde sig ned och kysste sonen på pannan var det som att låsa upp en förstel-

ning. Han fick göra en zenbuddhistisk ritual med pojkens kropp tillsammans med föräldrarna. När han berättar hur de bar ut honom i trädgården, skopade vatten över kroppen, tvättade den, svepte den – i tre långa timmar ... då är det åter knäpp tyst i konferenslokalen.

OCH MÄNNISKORNA SOM vi fick se på bilderna? De är alla döda. Men just den som ligger kvar på filmduken vill Frank berätta om. Kvinnan var hemlös i San Francisco och kom in till hospicet med risigt hår. På första bilden är hon i oerhört dåligt skick. Där hon ligger död i sängen utstrålar hon enbart värdighet. Papperet som ligger på täcket är en annan zenbuddhistisk ritual, att skriva sin egen japanska dikt den sista dagen i livet. Det ville hon. Frank läser den tre gånger. Om att inte ha för mycket ägodelar och bindningar till det materiella. Om att det ligger en båt och väntar. Om att be en bön innan man seglar iväg. Om att inte vara rädd, någon vet att du kommer. ”An extra fish has been salted.”

Och våra tårar rinner.

”Om ni odlar er medkänsla, kommer ni att märka att ni också får en större förmåga att möta lidande”, förvarnar Frank Ostaseski. ”Jag odlar den med er här, på konferensen, för en dag kommer ni att möta allt detta själva.”

Agneta Lagercrantz

Journalist, författare och föreläsare. Texten är tidigare publicerad på hennes blogg.

Profilen:

Ann Mattsson

Färskaste styrelsemedlemmen i NRPV heter Ann Mattsson. Hon vill använda sitt uppdrag till att lyfta fram undersköterskornas betydelse i den palliativa vården. Kraften hämtar hon ur mer än fyra decenniers erfarenhet.

ANNMATTSSON har arbetat på Björkbackens omvårdnadsboende i Enköping sedan 1978 då det var en del av landstingets långvård. Redan som 14-åring visste Ann att hon så småningom ville jobba med sjuka. En moster arbetade på ett hem för kroniker och berättade ofta för Ann om sitt jobb och hur mycket det gav henne tillbaka. Efter en period som ”pryo” på en medicinavdelning stärktes Ann i sin övertygelse.

– Det som motiverar mig än i dag är att få finnas där för patienterna. Att det lilla jag kan göra kan betyda så mycket för att de ska må bra.

På Björkbacken, som är kommunens största omvårdnadsboende, finns 67 lägenheter. De boende är i alla åldrar från 50 år och uppåt, och har ofta flera sjukdomar, såväl somatiska och kognitiva som cancer. De allra flesta är kvar på Björkbacken tills de dör. För Ann har det varit en självklarhet att viga sitt yrkesliv åt att vårda människor i livets slutskede.

– När jag började arbeta var den palliativa vården inte alls bra. Då föddes mitt intresse för att göra patienternas sista tid så värdig och smärtfri som möjligt.

DÅ, MOTSLUTET av 1970-talet, fick de döende ofta ligga ensamma på ett rum, beskriver Ann. Som vårdbiträde, vilken var hennes arbetsroll då, fick man

ingen mer utförlig information om patienterna än att de var döende. De boende fick sällan besök av anhöriga och smärtlindringen var dålig.

– De hade ont och oftast kunde man inte göra någonting. Det berörde mig mycket.

Sedan dess har mycket förändrats. Såväl bemötande och smärtlindring som lindring av oro och ångest har blivit mycket bättre, enligt Ann. Även undersköterskornas arbetssituation har förbättrats avsevärt med mer kunskap, mer information från övrig personal och fler verktyg, exempelvis Abbey Pain Scale för smärtskattning.

”**Tänk att så lite från min sida betydde så mycket för henne**”

ANN HAR GÅTT in för sitt arbete, inte bara själva omvårdnaden utan också utvecklingen av den. Hon har gått fördjupande utbildningar, bland annat är Ann specialistutbildad undersköterska inom cancer/vård i livets slutskede, och hon engagerar sig i förbättringsarbete. Ann är tillsammans med sjuksköterskan Elisabeth Lunderbye palliativa ombud på boendet. De båda startade i höstas ett projekt där samt-

liga i personalen har utbildats i palliativ omvårdnad.

– Vi vill ge dem verktyg att kunna ge så bra omvårdnad som möjligt. Många av dem kan redan väldigt mycket, men det finns alltid luckor som kan tätas med mer kunskap.

Den ena delen av projektet är föreläsningar, där sjuksköterskan informerar om symtom och lindring av dessa. Anns föreläsning handlar om vad undersköterskor kan göra i omvårdnaden och i bemötandet av patienterna. Två-tre veckor efter föreläsningarna kallas personalen till validering, då de palliativa ombuden genom samtal undersöker vad personalen tagit till sig. Valideringen ger ett kompetensintyg som gäller ett år, sedan görs en uppföljning. Kombinationen av kunskap och erfarenhet gör att undersköterskorna kan skapa en värdig miljö för den döende, bemöta hen och de anhöriga med respekt och på ett korrekt sätt dokumentera och rapportera förändringar till sjuksköterska.

– Därför är det viktigt att undersköterskor lär sig om olika symtom och vad som lindrar dem. Att vid rätt tillfälle kunna säga till sjuksköterskan ”Nu börjar han få ont”. På så sätt kan undersköterskan vara säker på att en boende inte lider.

Ann konstaterar också att närvaro och stöd ofta hjälper bättre än medicin. De viktigaste stunderna i hennes arbete har varit då hon kunnat göra

skillnad för en döende människa.

– Jag minns till exempel en dam som låg inför livets slut. Hon var väldigt orolig och hade inga anhöriga som kunde finnas där. Det var tidigt i mitt yrkesliv 1979. Jag tog mig tid att sitta intill henne tills hon dog. Hon blev lugn när jag höll henne i handen. Jag behövde inte säga något. Tänk att så lite från min sida betydde så mycket för henne.

Som vice ordförande i Undersköterskor för palliativ omvårdnad fick Ann i våras uppdraget att ingå i NRPV:s styrelse. Hittills har hon deltagit i några telefonmöten och är i fasen ”lyssna och lära”. Men när Ann blivit varm i kläderna vill hon driva frågor om undersköterskans roll i palliativ vård.

IDAG ARBETAR man mer personcentrerat, och på de arbetsplatser där det finns undersköterskor blir det dessa som står patienterna närmast, bortsett från anhöriga. Undersköterskan är ofta den person som först ser att något inte står rätt till hos patienten. Hen kan ställa frågan ”vad kan jag göra och hur kan jag göra det bästa för dig i dag?”, för att sedan snabbt kontakta sjuksköterska och/eller läkare.

– Alla yrkeskategorier som arbetar kring den döende är viktiga, men undersköterskans roll behöver lyftas fram mer. ■

Linda Swartz



KORT OM PROFILEN

Ålder: 58 år.

Ort: Enköping.

Fritid: Den ägnas åt familj, hus och trädgård och att läsa böcker. Är ett stort fan av Stephen King.

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

Leversvikt

- en bortglömd palliativ diagnos

Peng, J-K. et al.: Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. Palliative Medicine Vol. 33(1) 24–36, 2019.

LEVERSVIKT ÄR EN diagnos vi sällan uppmärksammar inom den palliativa vården. Ändå är irreversibel leversvikt, dvs. en svikt som inte går att åtgärda, en vanlig dödsorsak, särskilt i åldersgrupper under 65 år. En miljon människor dör årligen på grund av leversvikt och i Storbritannien är leversvikt den 5:e vanligaste dödsorsaken hos personer under 65 år.

Som regel beror leversvikten på levercirros dvs. skrumplever, som i sin tur ofta beror på alkoholmissbruk eller hepatit-C infektion, när det gäller utvecklade länder. I utvecklingsländer i Asien och i länder söder om Sahara är hepatit-B en ledande orsak till levercirros. Rent konkret innebär levercirros att den friska levervävnaden omvandlats till bindväv, levern har skrumpnat ("skrumplever") och därför är leverns funktioner nedsatta.

Metod

En forskargrupp vid Cicely Saunders Institute of Palliative Care har gjort en omfattande genomgång (review och meta-analys) av alla studier som publicerats mellan 1980–2018, med fokus på symtomförekomst och livskvalitet hos personer med terminal leversvikt. Efter att ha identifierat nästan 40 000 (!) studier där "leversvikt" nämns, fastnade man till slut för 80 studier av mycket hög kvalitet. De flesta som sorterades bort handlade om tillfällig svikt, om personer som transplanterades och blev friska eller om studier där symtom inte nämndes.

Resultat

Majoriteten av de inkluderade patienterna var män i medelåldern/övre medelåldern. Studierna visade att störande symtom är vanliga

vid terminal leversvikt och att den symtomlindrande behandlingen som regel är otillräcklig. Smärta nämndes i de flesta studier, hos 30–79% av patienterna. Dyspné sågs hos 20–88% av patienterna; sömnproblem hos 26–77%; sömnhet/dåsighet dagtid hos 29–71%; nedstämdhet hos 4–64% och ångest hos 14–45%.

Det fanns också symtom som man inte brukar se så ofta vid andra diagnoser, nämligen muskelkramper hos 56–68%; erektil dysfunktion/impotens hos 53–93%; klåda hos 47–64%; dyspepsi hos 85%; nedre urinvägsymtom hos män 38%. Konstigt nog, tog studierna inte upp typiska magsymtom som uppblåsthet eller tyngdkänsla i buken. Man beskrev inte heller blödningsbenägenheten som är ett vanligt problem vid svår leversvikt. Livskvaliteten var som regel rejält nedsatt.

Tyvärr är inte redovisningen av symtom i studierna så uttömmande. Man ser till exempel att smärta är ett vanligt symtom, men studierna visar bara på förekomst, men som regel inte på hur svåra smärtor man har. Det finns några undantag, bl.a. en studie av Rogal och medarbetare som kunde visa att 75% av patienterna hade problem med smärta och 56% hade dagliga smärtproblem. Andra studier visar att smärtlindringen är bristfällig.

Diskussion

Denna meta-analys där data från de viktigaste studierna under 1980–2018 har samlats, visar att patienter med leversvikt har många störande symtom och symtombilden liknar den vid andra palliativa diagnoser som cancer eller hjärtsvikt. Man kunde också visa att patienterna med lever-

svikt har vissa problem som är typiska för sjukdomsbilden, framför allt leverklåda som sågs hos 47–64% av patienterna och erektil dysfunktion/impotens hos 53–93% av de manliga patienterna. Kvinnor med leversvikt har också sexuella problem (trots att frekvenserna inte redovisades), eftersom leversvikt leder till hypogonadism, dvs. nedsatt funktion hos könskörtlarna. Symtom och problem som beskrivits hos kvinnor är oregelbundna blödningar, amenoré och utebliven ägglossning. I andra studier har problemen av denna typ setts hos upp till 78%. Samtidigt är den sexuella lusten nedsatt hos både män och kvinnor med leversvikt.

Studien visar också på vikten att göra jämförbara studier med jämförbara instrument. Det har man inte gjort när det gäller symtom vid leversvikt, det är därför man kan få så stor spridning i siffrorna. Ett gott exempel är nedstämdhet (4–64%), där spridningen beror på om man frågat "Känner du dig nedstämd" och använt en VAS-skala eller om man gjort avancerad depressionsdiagnostik.

Slutsats

Författarna drar slutsatsen att terminal leversvikt är en vanlig orsak till lidande och död i förtid hos en relativt ung patientgrupp, många är under 65 år. Symtomen liknar dem man ser vid andra palliativa tillstånd, men symtombehandlingen är otillräcklig. Denna patientgrupp borde därför i större utsträckning få tillgång till palliativ vård. ■



Referat av **Peter Strang**
Professor i palliativ medicin,
överläkare, Karolinska Institutet och
Stockholms Sjukhem, Stockholm.



Socionomer i Palliativ Vårds medlemsdag och årsmöte

Teman: Kurators hälsa och nya forskningsfält att erövra för kuratorer i palliativ vård samt den senaste forskningen kring sorg.

Årets upplaga av SIP:s medlemsdag fokuserar på aktuella områden för oss kuratorer som verkar inom den palliativa vården i en tid av förändring.

Vår profession blir i år ett legitimerat yrke. Hur vill vi att kuratorsprofessionen ska utvecklas? Är det dags för kuratorer i palliativ vård att också börja erövra delar av forskningsfältet? Vi har bjudit in kollegor som redan klivit i på forskningsarenan för att delge oss sina erfarenheter.

Vi fokuserar i år även på kurators hälsa. Att arbeta nära svårt sjuka människor och att stödja i sorg ställer stora krav på den egna hälsan både fysiskt och psykiskt. Vi gör en djupdykning i hur vi kan behandla och bibehålla vår egen hälsa.

Dagen avslutas med ny forskning kring sorg och hur vi kan förhålla oss till den kunskapen i det arbete vi utför.

Under dagen har vi även möjlighet att lyssna och ställa frågor till Josefin Johansson, professionsstrateg Socialt Arbete, Akademikerförbundet SSR. Hon berättar om legitimationen, förfarandet och vad det innebär juridiskt.

Datum: 22 mars 2019 klockan 8:30- 17:00

Plats: Stockholms Sjukhem

Adress: Mariebergsgatan 22

Lokal: Magnus Huss Aula (huvudentrén)

T-bana: Fridhemsplan

Pris: 795 kr inklusive lunch för betalande medlemmar.
1 045 kr inklusive lunch för icke medlemmar.

Anmälan: Betala in avgiften på vårt bankgironummer: 5425-0394. Anmäl sedan ditt deltagande till kontakt@fsip.se, ange namn, mailadress och om du önskar specialkost. Fullständigt program skickas ut till alla anmälda deltagare.

Program:

- **Stress och utmattning hos personal inom hälso- och sjukvård.** Alexander Wilczek, leg läkare, med dr. Departement of Clinical Science. Karolinska institutet Danderyds sjukhus, tidigare verksamhetschef på Psykiatriska kliniken Ersta.
- **Min väg till forskning**
Camilla Udo, klinisk lektor i socialt arbete.
- **Sorg- nya forskningsrön om sorgeprocessen**
Nivåer på behov av stöd vid normal och komplicerad sorg Ingrid Benkel, Kurator, socionom, med dr Palliativa sektionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- **Legitimationen, förfarandet och vad det innebär juridiskt**
Josefin Johansson, professionsstrateg Socialt Arbete, Akademikerförbundet SSR.
- **Årsmöte Föreningen Socionomer i Palliativ Vård**

Nästa nummer

TEMA: När vi sätts på prov
- professionella utmaningar

Kommer i
JUNI



Rapport från UFPO:s utbildningsdagar

VÅRENS UTBILDNINGSDAG för UFPO kommer att hållas i Tranås den 10 april 2019. Alla yrkeskategorier som arbetar inom vård och omsorg hälsas välkomna. Program samt anmälningsformulär finns på vår hemsida www.ufpo.se. Årsmöte för UFPO kommer att hållas samma dag.

Höstens utbildningsdagar genomfördes i Göteborg, på Bräcke diakoni den 2–3 oktober 2018. Detta var premiär för UFPO att starta med en kvällsföreläsning med efterföljande mingelkväll för våra deltagare. Enligt utvärderingarna var detta ett uppskattat upplägg och vi har för avsikt att göra detta igen. Dock har vi ingen möjlighet att till tillfället i Tranås organisera för kvällsaktivitet.

Temat för dagarna i Göteborg var att möta barn och ungdomar i sorg som närstående och som palliativa patienter. Våra föreläsare gav fantastiska föreläsningar och dagarna i sin helhet fick högt betyg av deltagarna. Medverkande föreläsare var Raket Eklund specialistjuksköterska i psykiatrisk vård och doktorand i palliativ vård på Ersta Sköndal Bräcke Högskola i Stockholm, Monika Nyström, forskningschef, sjukhusclownerna Kristin Rhode och Maja Ringstad samt Ulrika Larsson och Tony Gavik, konsultsköterskor, Drottning Silvias barnsjukhus. Kvällsföreläsningen hölls av Britt-Marie Strömquist, specialistundersköterska som berättade om



2018 års stipendium gick till Rebecka Bergqvist Fröling, Mellannorrlands hospice, till höger på bilden.

egen livserfarenhet efter förlusten av sitt första barn som avled i tidig ålder. Anna-Maria Holmberg och Tatjana Pucar redogjorde för sitt stipendium som de erhöill 2017. Årets stipendiat heter Rebecka Bergqvist Fröling och arbetar på Mellannorrlands hospice.

UFPO DELAR VARJE ÅR ut ett stipendium som kan sökas av medlem.

Ansökan kan göras enskilt eller i grupp.

Ansökan görs via hemsidan och ska vara föreningsordförande tillhanda senast den 15 september och stipendiet utdelas på höstens utbildningsdag. Stipendiesumman är upp till 5 000 SEK. Stipendiet är ämnat för studiebesök, deltagande i vetenskaplig kongress eller något som har anknytning till palliativ vård. Välkommen med din ansökan!

Britt-Marie Strömquist
Ordförande UFPO

Välkommen till utbildningsdagar!

18 – 19 MARS är det dags för utbildningsdagar i Karlstad för Fysioterapeuternas sektion för onkologi och palliativ fysioterapi. Under dagarna hålls även sektionens årsmöte och en styrelse för det kommande året kommer att väljas. Har du ännu inte hunnit anmäla dig finns fortfarande chansen. Anmäl dig redan i dag men absolut senast den 15 mars. Hur du gör hittar du på hemsidan: www.fysioterapeuterna.se. Hoppas att vi ses där!

Se även till att du är medlem i våra facebookgrupper: *Onkologisk och palliativ fysioterapi* och *Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi – diskussionsforum*.

Med vänliga hälsningar
Styrelsen för onkologi och palliativ fysioterapi



Stipendium till minne av Olav Lindqvist

HAR DU IDÉER för att förbättra villkoren för personer i livets slutskede i glesbygd? Då kan du söka ett stipendium på 5000–40 000 kronor, som delas ut till minne av Olav Lindqvist.

Ansök senast 5 april 2019.
Mer information på www.nrpv.se



Nationella Rådet för Palliativ Vård

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



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



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



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



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



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



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



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 Furst
Överläkare, professor, Lund
SPN – Svenskt Palliativt Nätverk

CHEFREDAKTÖR

Linda Swartz
Journalist
tidskriften@nrpv.se

REDAKTION

Solveig Hultkvist
Kurator, Stockholm
SiP

Elisabet Löfdahl
Överläkare, Göteborg
SFPM

Fredrik Wallin
Specialistsjuksköterska i onkologi,
Östersund
SFPO

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 nummer per kalenderår.
Pris 300:-
För att prenumerera: skicka e-post med namn, adress samt postadress till tidskriften@nrpv.se

OPIOIDORSAKAD FÖRSTOPPNING? – BEHANDLA DÄR DEN UPPSTÅR

- MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹
- MOVENTIG® tas som en daglig tablett under hela opioidbehandling.²
- MOVENTIG® kan användas tillsammans med alla opioider oavsett dos och administrationsform.³

ANVÄNDNING

1. MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹



Moventig® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹



1. MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹

MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹

MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹

MOVENTIG® (naloxegol) är en μ -opioid-receptor-antagonist som verkar peritart i magtarmkanalen utan att påverka smärttändningen.¹

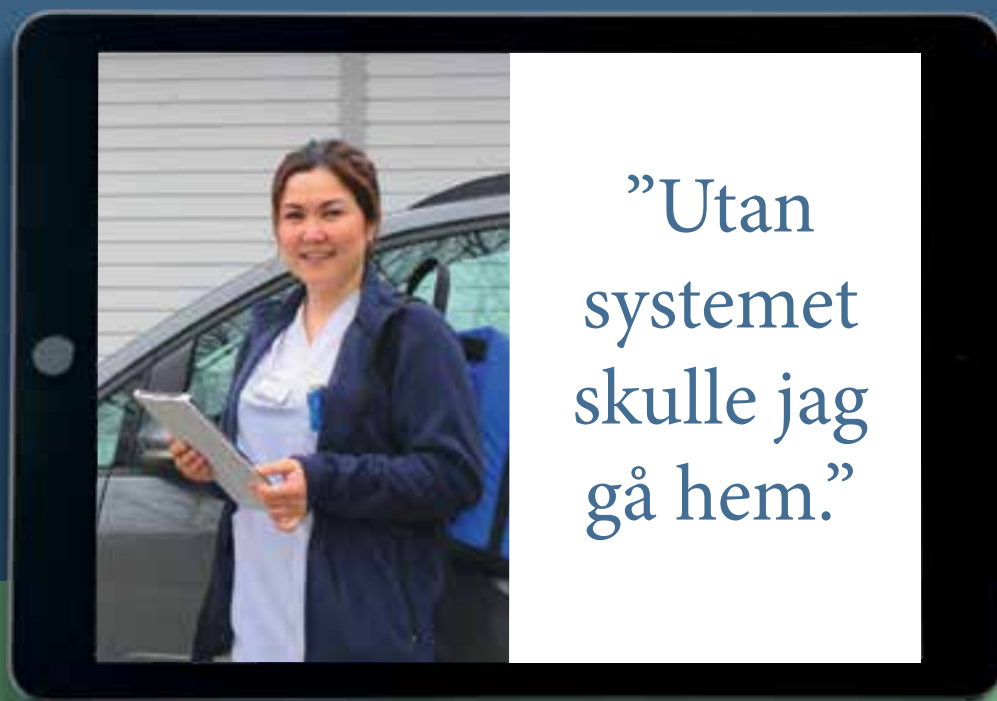
Palliativ Vård – Tidskriften för palliativ vård i Sverige ges ut med stöd av Stiftelsen Stockholms Sjukhem och Palliativt centrum vid Lunds Universitet och Region Skåne.

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

Ett riktigt bra vardagsnära it-stöd

itACiH visar personalens, patientens och teamets planering, delar information mellan vårdgivare, minimerar tiden för rapportering, möjliggör fotografering och symtomskattning online i hemmet.

Med itACiH Verksamhetsstöd får alla i teamet en tydlig bild av arbetet på ett strukturerat och överskådligt sätt.



"Med hjälp av verksamhetsstödet har vi lyckats skapa en effektiv verksamhet med hög vårdkvalitet och bra arbetsmiljö."

Karin Rådberg

Enhetschef ASIH, Palliativ vård och ASIH – Lund

Införandet av itACiH Verksamhetsstöd på ASIH i Lund blev en fullträff.
Nu används det av samtliga palliativa verksamheter i Skåne.



www.itacih.se

