

Kortversion

Nationellt vårdprogram för
palliativ vård 2012–2014



Version 1, april 2012

Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
regionaltcancercentrum@sl.se
Kortversion Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014
ISBN: 978-91-85947-34-8
Stockholm, april 2012

Innehållsförteckning

1.	BAKGRUND.....	5
2.	PALLIATIV VÅRD	7
3.	ETIK	9
4.	ÖVERGÅNG TILL PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE.....	11
5.	SAMTAL I LIVETS SLUTSKEDE.....	13
	5.1 Livsuppehållande behandling.....	15
6.	TILLGÅNG TILL VÅRD- OCH OMSORGSPERSONAL.....	16
7.	STRUKTURERAT ARBETSSÄTT	17
8.	KVALITETSUPPFÖLJNING.....	18
9.	VÅRDÅTGÄRDER I LIVETS SLUTSKEDE.....	19
	9.1 Välbefinnande	19
	9.2 Hudvård och trycksår	19
	9.3 Munhälsa	20
	9.4 Elimination – urin och avföring	20
	9.5 Vätska och näring	20
10.	SYMTOMLINDRING	21
	10.1 Lindring vid andnöd.....	21
	10.2 Lindring av rosslande andning	21
	10.3 Lindring vid förvirring	22
	10.4 Lindring av illamående.....	23
	10.5 Lindring av smärta	23
	10.6 Lindring av ångest.....	25
11.	NÄRSTÅENDESTÖD.....	26
12.	EFTERLEVANDESAMTAL.....	27
13.	DIAGNOSSPECIFIKA ÅTGÄRDER VID SYMTOMLINDRING I LIVETS SLUTSKEDE	28
	13.1 Demenssjukdomar	28
	13.2 Hjärtsjukdom.....	28
	13.3 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	29
	13.4 Motorneuronsjukdomar	29
	13.5 Stroke	29
	13.6 Tumörsjukdomar.....	30
14.	DEFINITION AV OLIKA BEGREPP ENLIGT SOCIALSTYRELSEN	31
15.	CHECKLISTA VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE	33

16. VID BEHOVSORDINATIONER FÖR ALLA PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE OAVSETT DIAGNOS.....	34
17. MUNVÅRD	35
18. ORDLISTA	36

1. BAKGRUND

Det första Nationella vårdprogrammet för palliativ vård i Sverige är nu publicerat. Vårdprogrammet beskriver palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Kortversionen som du håller i din hand, är ett komplement avsett att vara till hjälp i det dagliga palliativa arbetet. Den har fokus på allmän palliativ vård i livets slutskede, d.v.s. den vård som ska kunna ges av all vårdpersonal inklusive läkare inom såväl hemsjukvård, kommunala boendeformer och på sjukhus till alla patienter oavsett diagnos. Man kan uttrycka det som ”av alla, för alla, överallt”. I det fullständiga dokumentet, som finns på www.cancercentrum.se, kan du läsa mer. Vårdprogrammet som beskriver kunskapsområdet skapar tillsammans med Svenska Palliativregistret (ett kvalitetsregister där alla dödsfall bör registreras) förutsättningar för en förbättrad vård i livets slutskede.

Människor som vårdas i livets slutskede finns inom i stort sett all öppen som slutet sjukvård samt inom den kommunala vården. I ett flertal parlamentariska utredningar, t.ex. Prioriteringsutredningen¹, Slutbetänkandet ”Döden angår oss alla, Värdig vård vid livets slut”² samt i En nationell cancerstrategi³, konstateras att vården i livets slutskede är ett område där det finns brister och stora regionala skillnader. Bristerna gäller framför allt medicinska insatser, bemötande, information och stöd till närstående.

Varje år avlider cirka 1 % av Sveriges befolkning (90–93 000 personer) och de allra flesta av dessa har nytta av den palliativa vårdens innehåll. Visionen är att alla människor med sina unika behov, ska tillförsäkras en värdig och välfungerande vård vid livets slut. Palliativ vård i livets slutskede av god kvalitet ska kunna bedrivas såväl vid palliativa verksamheter som brett inom hela sjukvårdssystemet och den kommunala omsorgen.

Mycket kunskap och erfarenhet har under de senaste åren samlats hos dem som huvudsakligen arbetar med döende människor. En utmaning har varit att från denna erfarenhetsmässiga och evidensbaserade kun-

¹ Vårdens svåra val, Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, SOU 1995:5

² Döden angår oss alla, Värdig vård vid livets slut, Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede, SOU 2001:6

³ En nationell cancerstrategi för framtiden, Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi, SOU 2009:11

skap ta fram ett vårdprogram som kommer patienten/vårdtagaren till del, oavsett om vården sker på sjukhus, i hemsjukvården eller inom kommunala boendeformer.

Då livet går mot sitt slut finns behov av ett strukturerat arbetssätt för att tillförsäkra kvalitet i det medicinska och omvårdnadsmissiga omhändertagandet. Arbetssättet förutsätter ett gemensamt språk, gemensam värdegrund och vision, en definition av den palliativa vårdprocessen, en definition av ett konkret vårdinnehåll, mätbara mål och ett utifrån uppnådda resultat initierat förbättringsarbete.

2. PALLIATIV VÅRD

Syftet med palliativ vård och behandling i livets slutskede är inte att förlänga livet, utan att hjälpa personen att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att främja välbefinnande och att ge god symtomlindring⁴. Den palliativa vårdens värdegrund kan sammanfattas i fyra ledord: närhet, helhet, kunskap och empati.

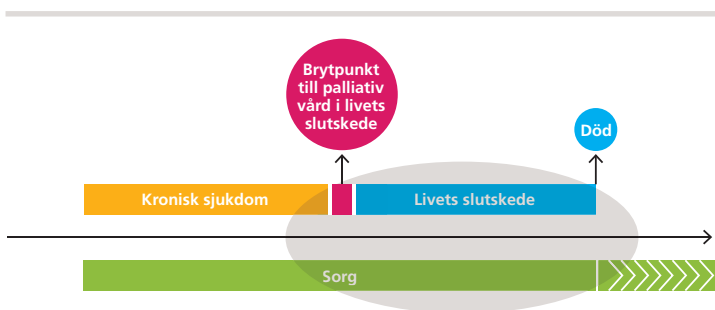
Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen till att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem. Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande och stödjande.

Arbete i team med olika yrkesgrupper är utmärkande för palliativ vård. Tillgång till sjuksköterske- och läkarkompetens dygnet runt är en förutsättning för att kunna bedriva god palliativ vård i livets slutskede. När patientens behov så kräver, ska specialiserad palliativ kompetens finnas tillgänglig, i första hand för konsultation och vid behov för remittering. När en patient med palliativ vård ska överföras till en annan vårdenhet är det av största vikt att förmedla information i form av en sammanfattning av tidigare och aktuell sjukhistoria, fortsatta läkemedelsordinationer, eventuell överkänslighet, vilka medicinska och omvårdnadsmässiga insatser som är aktuella och vad man kan förvänta sig inom den närmaste framtiden.

Det är svårt att exakt förutsäga hur lång tid en svårt sjuk människa har kvar att leva. Istället för en precis definition får vi istället ofta tänka i termer av "att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid", vilket innebär att det bara finns en kort tid kvar i livet, kanske några timmar, dagar, veckor eller månader. Svårt sjuka och närstående som har insikt om situationen har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet.

⁴ Palliativ vård enligt Världshälsoorganisationen (WHO), 2002

Vissa sjukdomar är redan vid diagnostillfället inte möjliga att bota. Detta gäller nästan alltid vid spridd tumörsjukdom men även vid många andra kroniska sjukdomar. Det är ibland svårt att avgöra när en sjukdom som inte går att bota, t.ex. diabetes, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt eller s.k. ”multisjuka” (personer som har flera sjukdomar), går över till palliativ vård i livets slutskede. Det är av yttersta vikt att läkaren i samråd med andra yrkesgrupper försöker bedöma när detta skede av sjukdomen inträder. Den s.k. brytpunkten till palliativ vård i livets slutskede innebär att målet med vården förändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Oftast är symtomen, t.ex. smärta och oro, under den sista tiden i människors liv mycket likartade, då döende människors behov till stora delar inte beror på vilken sjukdom man har.



Figur 1. Övergång mellan kronisk sjukdom och den del som vårdprogrammet anser att behöva.

3. ETIK

Den traditionella etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården består av tre principer:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen

Ytterligare fyra etiska principer kan utgöra en vägledning för vårdpersonal i kontakten med patienten vid svåra vägval.

Dessa fyra är:

- godhetsprincipen – att göra gott
- icke skadapprincipen – att inte skada
- rättvisepincipen – att vara rättvis
- autonomiprincipen – självbestämmande

En etisk konflikt kan uppstå om olika principer ställs mot varandra, exempelvis vårdarens vilja att behandla (godhetsprincipen) och individens rätt att avstå (autonomiprincipen). Ytterligare exempel på en etisk konflikt är möjligheten för patienten till kortare livsförlängning med t.ex. cytostatikabehandling av långt framskriden lungcancer (godhetsprincipen), men detta till priset av ev. kraftfulla biverkningar och bundenhet till sjukhusvård (icke skadapprincipen). För att innehållet i ett beslut ska anses vara etiskt välgrundat och kunna genomsyra den fortsatta vården – så att den gagnar individen bäst – är det viktigt att hela vårdteamet är delaktigt i den etiska diskussionen och att olika etiska aspekter genomlysts på ett strukturerat sätt.

Två frågor, som kompletteras med Hälso- och sjukvårdslagens⁵ lagstadgade rätt att avstå behandling, kan hjälpa oss i denna svåra kliniska vardag för att se vilka åtgärder som gagnar individen. Det är ”Vad kan vi göra?” (maximal insats) och ”Vad bör vi göra av det vi kan göra?”

⁵ Hälso- och sjukvårdslagen jämte vissa tillhörande författningar.SFS 1982:763. Stockholm: Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer. Liber distribution.

(optimal insats). Det är aldrig tillåtet att utföra ingrepp, åtgärder eller handlingar med mening att orsaka en människas död.

4. ÖVERGÅNG TILL PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen⁶ ska respekt visas för patientens självbestämmande och integritet och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vid vården av en svårt sjuk person kan nedanstående situationer och kriterier vara tillfällen då det kan röra sig om övergång till palliativ vård i livets slutskede. Man bör då diskutera inriktningen på vården med den sjuke och de närstående.

När den redan svårt sjuke:

- under den senaste tiden har fått svårare att klara av aktiviteter i det dagliga livet (ADL), t.ex. är mestadels sängliggande.
- kommer från särskilt boende till akutsjukhuset på grund av försämring som inte är möjlig att behandla.
- har en avancerad kognitiv funktionsnedsättning, d.v.s säga mental nedsättning som man kan få vid t.ex. demenssjukdom.
- eller närstående önskar att livsförlängande behandling avbryts eller inte inleds.

När det finns:

- behandlingsbegränsning, exempelvis ”Ej hjärt-lungräddning” (”Ej HLR”).
- olika uppfattningar om att påbörja eller avbryta livsförlängande behandling.
- oklarheter kring målet med vården.
- otillfredsställande symtomlindring.
- diskussioner kring nutritionsstöd, t.ex. perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG).

⁶ Hälso- och sjukvårdslagen jämte vissa tillhörande författningar. SFS 1982:763, Stockholm: Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer. Liber distribution.

Palliativ vård i livets slutskede bör också övervägas vid följande situationer, när man uteslutit att det inte finns något sjukdomstillstånd som man kan behandla.

Personen:

- är sängbunden.
- sover större delen av dygnet.
- inte kan svälja mediciner.
- bara kan dricka små klunkar vatten.

5. SAMTAL I LIVETS SLUTSKEDE

För att på bästa sätt kunna respektera individens autonomi och integritet då man möter personer med livshotande sjukdom, måste man känna till personens föreställningar, förhoppningar, farhågor och hans eller hennes egna ställningstaganden. Den sjuke bör få så mycket kunskap om sin sjukdom som han eller hon behöver och önskar, för att ta ställning till erbjudna behandlingar och vårdåtgärder. Vid tidpunkten för övergången till palliativ vård i livets slutskede bör personen redan vara på det klara med att livsuppehållande behandling inte längre är aktuell utan att fokus i vården ligger på livskvalitet och symtomlindring. Om så inte är fallet måste ett s.k. brytpunktssamtal genomföras. Man behöver inte tveka att berätta om obehagliga eller ”svåra” besked, men göra det på ett tydligt och medkännande sätt och i den sjukets egen takt utifrån vad han eller hon vill veta.

Om patienten så önskar, bör man involvera de närstående i samtalen och låta dem beskriva sina föreställningar, förhoppningar och farhågor. Inte sällan kan man upptäcka olika missförstånd och rätta till dem. Om patienten p.g.a. kognitiv svikt (t.ex. demens) inte kan tillgodogöra sig information, hålls brytpunktssamtalet med närstående i stället.

Frågan om hur lång tid som återstår är vanlig och viktig både för den sjuke själv och för de närstående. Även om tidsprognosen är mycket osäker kan det i livets slutskede vara viktigt att förmedla vilken storleksordning det rör sig om (timmar, dagar eller veckor). Detta kan möjliggöra en diskussion i familjen om vad tiden ska användas till – ett sista besök hemma/i stugan, viktiga personliga möten eller beslut i ekonomiska frågor. I de flesta fall behöver personen och/eller de närstående också få möjlighet till uppföljande samtal med någon annan teammedlem, t.ex. kurator eller sjuksköterska.

Samtalen bör dokumenteras noga så att de som ansvarar för vården och omsorgen känner till vad som är överenskommet.

Förslag till struktur vid informerande samtal:

- Förbered samtalet noga, kontrollera medicinska fakta, beslut om deltagare, avsätt tid, boka lokal, stäng av sökare och telefon.
- Vad vet/uppfattar/tror/befarar patienten om sin sjukdom eller situation?
- Hur mycket vill patienten veta?
- Förvarna om du har oväntade och svåra besked att lämna.
- Informera på inkännande och tydligt sätt. Pausera ofta och kontrollera att patienten förstått.
- Var beredd på och stöd olika känslottringar.
- Planera gemensamt för fortsatt behandling och information. Använd gärna rådgivare, men var noga med kontinuiteten med patienten.

Senast i samband med att brytpunktssamtalet genomförs bör arbetsteamet även göra följande:

- fråga var patienten/vårdtagaren vill vårdas.
- informera om och vid behov förmedla kontakt med samhällets övriga tillgängliga stödinsatser.
- informera om patientens/vårdtagarens rätt att tacka nej till föreslagna vårdåtgärder.
- informera om närståendepenning, information finns på <http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/narstaendepenning>
- etablera tydliga kontaktvägar; t.ex. vilka närstående ska kontaktas vid försämring och/eller ökat hjälpbehov och deras aktuella telefonnummer, men också hur de närstående kan komma i kontakt med vårdpersonalen.
- informera närstående om möjligheten till samtalsstöd och deltagande i omvårdnaden av patienten/vårdtagaren.
- revidera läkemedelslistan och ordinera vid behovsläkemedel i injektionsform (se kapitel 16).
- avsluta omvårdnadsåtgärder, medicinska undersökningar och provtagningar som inte längre gagnar patienten/vårdtagaren.
- initiera rutin för bedömning av symtom och munhälsa.

5.1 Livsuppehållande behandling

Vid palliativ vård i livets slutskede förändras vårdens mål så att direkt livsuppehållande åtgärder inte är aktuella. Detta inkluderar naturligtvis även hjärt-lungräddning, även om just denna åtgärd inte särskilt har specificerats. Beslut om ”Ej HLR” ska grundas på medicinsk bedömning och fattas av leg. läkare som ansvarar för vården av patienten. I de fall läkaren bedömer att hjärt-lungräddning inte har potential att rädda patientens liv, d.v.s. i praktiken vid palliativ vård i livets slutskede – eller i de fall patienten själv har framfört att hjärt-lungräddning inte ska genomföras – ska läkaren dokumentera sitt beslut om ordinationen ”Ej HLR” så att all vårdpersonal som ansvarar för vården av patienten, har omedelbar tillgång till informationen. Som stöd vid dessa situationer och beslut skall man följa Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:7⁷. Där stadgas att verksamhetschefen ska ansvara för att det för en patient med ett livshotande tillstånd ska utses en leg. läkare som fast vårdkontakt. Detta ska göras så snart som möjligt efter det att en behandlande läkare har konstaterat tillståndet.

Den fasta vårdkontakten ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten:

- fastställa målen för vården.
- fastställa delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården.
- ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Denna planering ska i möjligaste mån ske i samråd med patienten.

⁷Livsuppehållande behandling, SOSFS 2011:7 (M). Socialstyrelsens författningssamling. Edita Västra Aros, Västerås, 2011.

6. TILLGÅNG TILL VÅRD- OCH OMSORGSPERSONAL

Tillgång till sjuksköterske- och läkarkompetens dygnet runt är en förutsättning för att kunna bedriva god palliativ vård i livets slutskede. När patientens behov överstiger den lokala kompetensen bör specialiserad palliativ kompetens finnas att tillgå både för konsultation och vid behov remittering. När en palliativ patient överförs till en annan vårdenhet är det viktigt att förmedla vilken information som getts till vem, vårdens aktuella inriktning samt en sammanfattning av relevant tidigare och aktuell sjukhistoria, ev. fortsatta ordinationer, överkänslighet samt relevanta statusfynd, vilka medicinska och omvårdnadsmissiga insatser som är aktuella just nu och vad man kan förvänta sig inom den närmaste framtiden. En aktuell läkemedelslista inkl. vidbehovsordinationer mot andnöd, rosslingar, förvirring, illamående, smärta och ångest i injektionsform är av största betydelse.

7. STRUKTURERAT ARBETSSÄTT

I den palliativa vården är det viktigt att man arbetar förebyggande. Det innebär att försöka ligga steget före och förstå vad som är vanligt förekommande problem, situationer och symtom.

I ett strukturerat arbetssätt ingår regelbunden bedömning, uppföljning, dokumentation och överrapportering. Hjälpmedel för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede kan vara att arbeta med standardvårdplaner, skattningsinstrument för olika symtom (t.ex. smärta, munhälsa, trycksår) och checklistor. Nedan beskrivs kortfattat några exempel.

- Liverpool Care Pathway (LCP) är en standardvårdplan för döende patienter under de sista dygnet/veckan i livet. Du kan läsa mer på <http://www.lcp.nu/pages/404.asp?menuID=27>. Du kan även kontakta LCP koordinationscentrum Stockholms Sjukhem lcp@stockholmssjukhem.se
- The Edmonton Assessment Scale (ESAS) är en metod för intensitetsskattning av tio vanliga symtom.
- Med en visuell analog skala (VAS) eller numeric rating scale (NRS) kan man mäta smärtintensitet. Om patienten/vårdtagaren har svårt att uttrycka sig muntligt, t.ex. vid demenssjukdom, kan man använda Abbey Pain Scale eller Doloplus 2.
- ”De sex S:n” är en modell som kan fungera som hjälp för att förverkliga en god palliativ vård genom ett strukturerat arbetssätt. Syftet är att främja en personcentrerad vård där den enskilda patientens behov, värderingar och livsstil är centrala utgångspunkter vid planering, genomförande och utvärdering av vården. ”S:n” står för:
 - Självbild
 - Självbestämmande
 - Sociala relationer
 - Symtom
 - Sammanhang
 - Strategier

Du kan läsa mer på <http://www.esh.se/forskning/enheten-foer-forskning-i-palliativ-vaard.html>

8. KVALITETSUPPFÖLJNING

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att vara ett hjälpmedel i arbetet med en förbättrad palliativ vård. Målet är att alla dödsfall oavsett dödsorsak och dödsplats ska registreras. Via registrets hemsida får deltagande enheter ett hjälpmedel för att följa den egna verksamhetens kvalitet av den givna vården i livets slutskede. Vårdenheterna kan se om man lever upp till den vårdkvalitet som beskrivs i Nationella vårdprogrammet för palliativ vård. Viktiga områden för det kontinuerliga förbättringsarbetet kan identifieras.

Mer information finns att hämta på registrets hemsida
<http://www.palliativ.se/mainfrm.aspx>

9. VÅRDÅTGÄRDER I LIVETS SLUTSKEDE

9.1 Välbefinnande

Att främja välbefinnande och att ge god symtomlindring är de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av svårt sjuka och döende människor. Den sjukas fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov ska tillgodoses. Den döende människan förlorar successivt sina förmågor till aktiviteter i dagligt liv och behöver, oberoende av diagnos, hjälp med omvårdnaden. Det är viktigt att den sjuke får behålla sin värdighet, känna meningsfullhet och får hjälp att leva så optimalt det går, livet ut. Det blir betydelsefullt att endast genomföra de åtgärder som gagnar den svårt sjuke och att avstå från insatser som inte bidrar till välbefinnandet. Prioriterat blir symtomlindring samt åtgärder i relation till munvård, tryckutsatta hudområden och elimination. Dessutom är det av vikt att skapa en så lugn och trygg miljö som möjligt, oavsett var den svårt sjuke vårdas.

Närstående behöver ses och stöttas oavsett om vården sker i hemmet, på sjukhus eller inom andra vårdformer. För att säkerställa bästa möjliga omvårdnad i livets slutskede krävs närhet och närvaro.

9.2 Hudvård och trycksår

Det är betydelsefullt för den svårt sjuke att han/hon är ren, doftar som vanligt och känner sig så fräsch som möjligt. Använd gärna personens egen tvål, parfym och rakkräm. Målsättningen är att den svårt sjuke ska ligga bekvämt i en ren säng. Vänd ofta på kuddar och använd gärna stillsam beröring. Att smörja händer och fötter och ge mjuk massage kan minska oro och öka välbefinnandet. Lägesändringar i relation till symtom och för att förebygga trycksår är viktiga, men under livets sista timmar och om personen ligger lugnt och behagligt undviker man ofta vändschema. Små lägesförändringar (30 graders sidoläge) och olika sorters madrasser kan användas i tryckförebyggande syfte.

9.3 Munhälsa

Att vara fräsch i munnen är mycket betydelsefullt för livskvalitet och välbefinnande. Att fukta munnen regelbundet är ett sätt att motverka den muntorrhet som är vanligt förekommande i livets slutskede.

Närmare tips om hur munvård kan genomföras finns i kapitel 17.

9.4 Elimination – urin och avföring

Problem med inkontinens och/eller svårigheter att tömma blåsan (urinretention) är vanligt de sista dagarna i livet. Vid oro och förvirring bör urinretention uteslutas som orsak. Hos svårt sjuka med urininkontinens kan en kvarliggande kateter vara en lösning. I annat fall handlar det om att hålla personen ren, torr och luktfri. Återigen gäller regeln om den sjukes värdighet och högsta möjliga välbefinnande.

Omvårdnad i relation till tarmfunktionen de sista dagarna i livet handlar om att åtgärda nytillkomna problem. Även förstoppning kan vara orsak till oro och förvirring. Detsamma gäller vid avföringsinkontinens, som kan vara ett symtom på hårda avföringsklumpar (fekalom). Mjuk undersökning av buken och ändtarmen är ofta tillräcklig för att bedöma om den svårt sjuke är förstoppad.

9.5 Vätska och näring

Människor i livets slutskede har mycket begränsad ork, vilar/slumrar en stor del av dagen, orkar knappt ur sängen eller att delta i ett längre samtal. Detta är naturliga steg i döendeprocessen då kroppens organ-system successivt sviktar.

Många slutar också efter hand att äta och dricker allt mindre. Frågan om att ge eller avstå vätska och näring i livets slut väcker ofta frågor och känslor, framförallt hos närstående, ibland också inom olika personalgrupper. Grundprincipen vid palliativ vård i livets slutskede är att droppbehandling med vätska eller näring inte gagnar patienten och därför ska avbrytas eller inte inledas i detta skede. Aktiv munvård är ett bättre alternativ.

10. SYMTOMLINDRING

Att ge en god symtomlindring är en av de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av svårt sjuka och döende människor. Genom att förebygga, tidigt upptäcka och behandla problem av olika karaktär, t.ex. olika symtom, ges både den sjuke och de närstående möjlighet till så god livskvalitet och välbefinnande som möjligt under den sjukas sista tid i livet. Studier har visat att symtom som smärta, andnöd, förvirring, illamående och ångest förekommer i ungefär samma omfattning, oavsett vilken diagnos patienten har. För att upptäcka eventuella symtom är det av största vikt att varje vård-enhet har en rutin för hur patienterna ska tillfrågas om vad som besvärar dem och i vilken grad. Patienter med nedsatt mental förmåga bör bedömas med hjälp av observationsinstrument, t.ex. Abbey Pain Scale.

I första hand ska man alltid eftersträva en orsaksinriktad behandling och om det inte är möjligt, kan man övergå till symtomlindrande behandling.

Förslag på läkemedel finns i kapitel 16.

10.1 Lindring vid andnöd

För att lindra andnöd ges opioid oralt eller parenteralt. Morfin är förstahandsval. Doseringen beräknas utifrån eventuell pågående opioidbehandling (kan behöva ökas 20–30 %). Om patienten inte redan behandlas med morfin eller någon annan opioid titreras en lindrande dos fram, förslagsvis i små steg från 5 mg per os eller 2,5 mg sc. Om behandlingsförsök med morfin och icke farmakologiska åtgärder (t.ex. lägesändringar eller förändrad andningsteknik) inte lyckas erbjuda lindring, bör en bensodiazepin prövas. Syrgasbehandling bör förbehållas patienter med påvisad hypoxi (=syrebrist d.v.s. syrgassaturation < 90 % i vila) och som får en dokumenterad lindring av åtgärden.

10.2 Lindring av rosslande andning

Mot slutet av livet när krafterna avtar alltmer, när den svårt sjuke inte är i stånd att svälja, hosta upp slem och inte själv kan vända sig, kan en rosslande andning förekomma – ett symtom som inte plågar patienten men kan upplevas som obehagligt av närstående. Ofta är patienten inte vid medvetande när den rosslande andningen uppkommer.

Behandling av rosslande andning kan vara farmakologisk, men omvårdnadsåtgärder som lägesändring i sängen inkl. en kortare stunds framstupa sidoläge och varsam munvård där munhålan torkas ren från slem och munslemhinnan fuktas, kan också lindra. Den antikolinerga substansen glykopyrron (t.ex. Robinul) kan ibland lindra, men också ha biverkningar som torra slemhinnor i mun och ögon samt risk för urinretention. Alternativet skopolamin är sämre på grund av större risk för förvirring/hallucinationer och är därför inte ett förstahandsval.

10.3 Lindring vid förvirring

En förvirrad patient är oförmögen att fatta beslut kring viktiga aspekter på det återstående livet och på vård och behandling. Förvirringen gör också att det blir svårt att kommunicera.

Det finns tre olika typer av förvirring. En patient med hyperaktiv förvirring är agiterad, rastlös eller motoriskt orolig, medan en patient med hypoaktiv förvirring är motoriskt långsam eller stilla, tillbakadragen, trött och slö. Ibland förekommer båda parallellt (blandad typ). Mänsklig närvaro, lugnt samtal, musik och försiktig beröring är viktiga omvårdnadsåtgärder för att lindra förvirringen. Närståendes röster är viktiga eftersom det välkända ofta inger trygghet. Taktil massage kan prövas.

Haloperidol (t.ex. Haldol) är förstahandsvalet om läkemedelsbehandling behöver tillgripas och kan doseras per oralt 0,5–2 mg, 1–2 gånger per dygn. Det ges ofta subkutant i samma dos och kan blandas med flera vanliga läkemedel (t.ex. opioid och midazolam) för kontinuerlig infusion via pump. Det är ovanligt att doser över 10 mg används utan konsultation av psykiatrisk expertis.

Vid hyperaktiv eller blandad typ av förvirring kan midazolam behövas som komplement till ett neuroleptikum, ofta som kontinuerlig infusion subkutant via pump. Initial dos om patienten inte tidigare stått på bensodiazepin kan vara 10–15 mg/24h. Midazolam har kort halveringstid och är därför lättstyrkt.

Vid motorisk oro i livets slutskede kan urinretention vara en behandlingsbar anledning. Har vårdenheten tillgång till en s.k. bladderscan (ultraljudsapparat för att mäta urinmängd i blåsan) kan denna orsak enkelt belysas. Annars bör provtappning med kateter övervägas. Vid blåsfyllnad på 3–4 dl eller mer kan en kvarliggande kateter (KAD) ha god effekt.

10.4 Lindring av illamående

Illamående vid långt framskriden sjukdom och hos patienter i livets slutskede kräver ofta läkemedelsbehandling. Omvårdnadsåtgärder som undvikande av starka dofter (t.ex. matos) och hastiga lägesförändringar är också viktiga. Om orsaken till illamåendet inte kan identifieras bör behandlingen av illamåendet vara symtomatiskt. Oftast är det i detta skede av sjukdomen aktuellt att ge dessa läkemedel subkutant.

Vid ospecifikt illamående av oklart ursprung kan behandlingen inledas med en dopaminreceptorantagonist där haloperidol (t.ex. Haldol) 1–2,5 mg/dygn är ett alternativ. Andra förslag är metoklopramid (t.ex. Primperan). En kombination av metoklopramid och haloperidol rekommenderas som nästa steg.

10.5 Lindring av smärta

God smärtlindring i livets slutskede kräver att man uppmärksammar såväl det fysiska lidandet som den psykiska smärtan, social problematik och separation samt existentiella och andliga dimensioner av lidandet.

Validerade smärtskattningsinstrument hjälper till att upptäcka om en person har smärta oavsett orsak eller underliggande sjukdom. Val av skattningsinstrument kan variera beroende på verksamhet och patient/vårdtagare. Den visuella analoga skalan (VAS) är mest känd men ofta används en motsvarande elvgradig NRS-skala från 0 till 10 (numeric rating scale). För kognitivt sviktande patienter kan ”Abbey Pain Scale” eller Doloplus 2 vara ett alternativ.

Såväl diagnostik som behandling av smärta ska baseras på den underliggande smärtemekanismen. En noggrann smärtanalys bör därför alltid göras.

Det är angeläget att svårt sjuka patienter får veta att smärta kan lindras, men det går aldrig att lova total smärtfrihet.

Områden att beakta vid smärtanalysen är:

- intensitet: vila, rörelse, smärtgenombrott.
- tidsperspektiv: variation över dygnet, akut, nyttillkommen, kronisk, smärtgenombrott.
- utlösande faktorer: kända, okända, påverkbara.
- lokalisation.
- orsak: relation till aktuell sjukdom, cancerrelaterad, samtidig inflammation.
- smärtstatus: smärtutbredning, sensibilitet, rodnad, svullnad, värmeökning, palpationsömheter.
- smärtmekanism: nociceptiv, neuropatisk.
- psykologisk påverkan: oro, ångest, stress, missbruk.
- påverkan på livskvalitet: funktion, vardagliga aktiviteter.
- behandling: grundbehandling, behandling vid behov, hjälper/hjälper inte.
- biverkningar.

Nedanstående text rör behandling med opioider. För behandling med paracetamol, NSAID och för läkemedel med specifik effekt mot neuropatisk smärta hänvisas till Läkemedelsverkets rekommendation ”Smärtlindring i livets slutskede”⁸.

Morfin är förstahandsalternativ bland mer potenta opioider.

Morfin:

- har effekt inom 30–45 minuter efter intag av kortverkande tablett och har maximal effekt inom en till två timmar. Effekten kvarstår cirka fyra timmar.
- i spruta är två till tre gånger mera potent än i tablett. Effekt efter subkutan administration ses inom 15–25 minuter.
- är olämpligt vid nedsatt njurfunktion p.g.a. ackumulering av aktiva morfinmetaboliter.

⁸ Smärtlindring i livets slutskede: Ny rekommendation 2010. Läkemedelsverket.

Vid nedsatt njurfunktion är andra starka opioider som fentanyl, metadon eller ketobemidon att föredra. Nedjusterade doser hydromorfon och oxikodon kan också användas.

Peroral behandling med kortverkande morfin inleds med 5–10 mg var fjärde till var sjätte timme – den lägre dosen till äldre patienter som inte tidigare står på opioid. Extradoser, att tas vid behov, bör vara 1/6–1/10 av den totala dygnsdosen. Dostitrering sker med stöd av antalet extradoser som givits det senaste dygnet, så att den totala mängden extra givet morfin fördelas på var och en av de ordinarie doserna. När tillfredsställande smärtlindring uppnåtts görs en övergång till depåpreparat. Dessa preparat ges vanligen var tolfte timme. Den första depåtabletten ges två timmar efter den senast givna kortverkande tablett. Därefter ges kortverkande enbart som extradoser. Titring med depåpreparat direkt går också bra. Startdoser är 10–40 mg långverkande morfin per dygn – den lägre dosen till äldre patienter som inte tidigare står på en opioid. Under titreringen används kortverkande morfin som extradoser på sätt som beskrivits ovan.

Val av opioid styrs av aktuell smärtmekanism, njurfunktion, biverkningar och tänkt administrationssätt. Dosökningar med 30–50 % är vanliga i behandlingens titreringsfas. Opioider har ingen maxdos utan doseringen styrs av den smärtstillande effekten och biverkningarna. Behovet av extradoser styr eventuell ökning av underhållsdos. Vid cancerrelaterad smärta rekommenderas i första hand peroral behandling. Vid stabil smärtsituation där fortsatt oral administrering inte är möjlig kan byte till fentanylplåster eller subkutan pump övervägas.

10.6 Lindring av ångest

Den bästa behandlingen av en persons oro är att vårdgivaren ger den sjuke tid att prata om sin oro. Ett aktivt lyssnande kombinerat med raka, klara besked om situationen löser oftast många bekymmer. Sömnsvårigheter kan vara ett tecken på att den sjuke har nattliga smärtor eller andra symtom som behöver behandlas på ett effektivare sätt, men också på att det kan finnas ouppklarade funderingar som kan behöva belysas i en empatisk dialog. Om farmakologisk behandling behövs kan man i första hand prova med sedativa till natten, förslagsvis zopiklon eller zolpidem. Om oron stegras eller övergår i ångest bör anxiolytika ordinerats dagtid. Förstahandspreparat är oxazepam.

11. NÄRSTÅENDESTÖD

Närstående kan ha olika behov av stöd som dessutom kan variera under den sjukes vårdtid. Stödet innefattar både emotionellt stöd i form av samtal och att de närstående är informerade om vad som händer samt information om vårdalternativ, närståendepenning och annat praktiskt stöd som kan behövas under patientens sjukdomstid. Barn har också rätt till anpassad information liksom ärliga svar på sina frågor. Från den 1 januari 2010 gäller en ny lagstiftning⁹ som innebär att hälso- och sjukvården och dess personal "...särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en allvarlig fysisk sjukdom eller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider". Barn behöver hjälp att förstå vad som händer genom balanserad information om sjukdomen, dess orsak, prognos, vård och behandling och hur föräldern och familjen kommer att påverkas av sjukdomen. De behöver få höra om hur människor i deras situation kan tänka och reagera och till vem de kan vända sig om de har ytterligare frågor eller tankar.

⁹ Hälso- och sjukvårdslagen, tillägg, SFS 2009:979

12. EFTERLEVANDESAMTAL

Det är viktigt att vården har en rutin för uppföljning där de närstående kontaktas efter dödsfallet för att kunna identifiera de personer som har behov av fortsatt stöd från sjukvården. Det är ett tillfälle att få ge synpunkter och avsluta relationen till personalen. Detta behov är ömsidigt och därför är efterlevandesamtal också viktigt för dem som vårdat patienten. Det är också viktigt att man klargör vem som har ansvaret för efterlevandesamtalet.

Efterlevandesamtalet bör erbjudas några veckor till någon eller några månader efter dödsfallet. Vad som tas upp under ett efterlevandesamtal avgörs givetvis individuellt, men följande saker kan vara viktiga:

- att få berätta om sjukdomen och hur det var före, under och efter dödsfallet.
- att få reda ut eventuella oklarheter kring diagnos, sjukdom, behandling och vård.
- att få möjlighet att beskriva sina känslor, berätta om eventuell oavslutade situationer, skuld-känslor och annat.

Den eller de personer som är ansvariga för samtalet kan bedöma om det behövs ytterligare stöd i sorgeprocessen för någon eller några bland de närstående, kontakt med läkare, kurator eller sorgegrupp etc.

13. DIAGNOSSPECIFIKA ÅTGÄRDER VID SYMTOMLINDRING I LIVETS SLUTSKEDE

13.1 Demenssjukdomar

Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbats. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Det är viktigt att vårdpersonalen har kompetens och erfarenhet av att vårda personer med demenssjukdom samt känner patienten, då en tolkning av uttryck är det kommunikationsmedel som oftast är tillgängligt.

I livets slutskede vid demenssjukdom är smärta, lunginflammation orsakat av aspiration, ångest och andnöd vanligt. För bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att uttrycka sig verbalt, är Abbey Pain Scale ett validerat instrument. Instrumentet bygger på vårdpersonalens bedömning av patientens röst- och ansiktsuttryck samt förändringar i patientens kroppsspråk, beteende och t.ex. kroppstemperatur, puls eller blodtryck.

13.2 Hjärtsjukdom

Patienter som får implanterad defibrillator (ICD) med eller utan CRT-funktion bör redan vid implantationen informeras om att ICD-funktionen kan komma att stängas av i livets slutskede för att undvika obehagliga elchocker. Vid akut behov av inaktiverad defibrillatorfunktion kan en kraftig magnet läggas över ICD-dosan. Samtidig pacemakerfunktion inaktiveras inte av denna åtgärd, vilket kan vara av vikt för patienten att känna till.

Generellt har patienter med svår hjärtsvikt uttalade symtom och behandling mot smärta, ångest och andnöd är starkt berättigad men glöms ofta bort. Smärtor och andnöd kan dämpas med opioid och ångest lindras med bensodiazepin.

13.3 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

I slutskedet av KOL orkar inte den svårt sjuke upprätthålla adekvat egenandning, respiratorisk insufficiens inträder med låga syrehalter och stigande koldioxidnivåer. KOL-patienten blir alltmer somnolent och hamnar så småningom i en kolsyrenarkos. Vägen dit kan dock vara påfrestande och full av ångest, besvärande slem, ökad andfåddhet samt smärta. Morfin i låg dos kan dämpa den fysiska smärtan men även ha effekt på andnöden. Bensodiazepin i låg dos kan lindra ångesten. Om patienten har hypoxi med saturation (mättnad) $<90\%$ kan syrgas lindra andnöden, men observera att kontroll av artärblodgaser inte längre är nödvändigt i livets slutskede.

13.4 Motorneuronsjukdomar

Patienter med motorneuronsjukdomar är i livets slutskede oftast uttalat förlamade i såväl armar som ben och har uttalade muskelatrofier. Ofta finns tal- och sväljningssvårigheter, delvis beroende på svaghet i mun- och svalgmuskulatur, men även som en del av andningsproblemet. Det kan finnas risk för aspiration och därmed utveckling av lunginflammation. Patienterna har en uttalad andningspåverkan. Ofta är patienten tydligt påverkad av koldioxidretentionen och är trött och glider in i ett komatöst tillstånd. Problem kan finnas med smärtor, oro och ångest och slemproduktion. I dessa fall kan lindring ske med opioider, sedativa och antikolinergika.

13.5 Stroke

Stroke orsakar varierande grad av sänkt medvetande och ofta begränsad förmåga till kommunikation med omgivningen, vilket kräver särskild observans. Tecken på smärta hos patienter med kommunikationsstörning eller medvetandesänkning kan vara ökat sympatikuspåslag, som kan yttra sig i form av puls- och blodtrycksstegring, ökad andningsfrekvens, ökat tårflöde eller vidgade pupiller. Uttalat rosslig andning kan uppträda tidigt i döendefasen hos patienter med svälj-svårigheter. Framstupa sidoläge under en stund och antikolinergika kan minska rossligheten.

13.6 Tumörsjukdomar

Vårdteamet runt patienten ser döendet i cancer som ofta förutsägbart och väntat, där döendet kännetecknas av en successiv funktionsförlust (fysiskt och psykiskt) samt ökande trötthet med ofta kakexi (viktnedgång, aptitlöshet och ibland illamående). Som vid andra progressiva sjukdomar är denna kakexi i livets slutskede inte möjlig att påverka med näringsdropp eller kortison. Vissa cancerpatienter följer dock inte detta mönster utan avlider i akuta komplikationer till tumörsjukdomen eller dess behandling. Döden för dessa patienter beskrivs i efterhand ofta som väntad, men inte väntad just då.

14. DEFINITION AV OLIKA BEGREPP ENLIGT SOCIALSTYRELSEN

För att få ett gemensamt språk när vi pratar om palliativ vård har Socialstyrelsen tillsammans med vårdpersonal, beskrivit vad som menas med t.ex. palliativ vård. Nedan finns några av dessa. Den kursiverade texten är vårdprogramgruppens kommentarer. Du kan läsa om flera begrepp i Nationellt vårdprogram för palliativ vård eller på Socialstyrelsens hemsida, <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>

Palliativ vård

Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen så att han/hon kan leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. *Den palliativ vården ser döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet vid livets slut och varken påskynda eller uppskjuta döden.* Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem och samarbete i multiprofessionella team.

Palliativt förhållningssätt

Förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut.

Det palliativa förhållningssättet innebär att en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål görs utifrån en fysisk, psykisk, social och existentiell dimension. Förhållningssättet medför att tänkbara insatser föregås av en avvägning av för- och nackdelar för patientens välbefinnande.

Allmän palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multi-professionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid *och det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande*. Vid övergången till palliativ vård i livets slutskede genomförs brytpunktssamtal.

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede

Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

15. CHECKLISTA VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

- Läkaren genomför en medicinsk bedömning av den sjuke och slår fast att det handlar om palliativ vård i livets slutskede.
- Läkaren genomför ett s.k. brytpunktssamtal med den sjuke och närstående.
- Tydlig dokumentation i journalen av brytpunktsbedömning och brytpunktssamtal.
- Läkaren sätter ut alla läkemedel (inklusive dropp och sondnäring) som inte har symtomlindrande nytta för patienten i denna del av livet.
- Läkaren ordinerar subkutana vidbehovsläkemedel mot andnöd, rosslingar, förvirring, illamående, smärta och ångest.
- Läkaren formulerar en behandlingsstrategi, d.v.s. hur man ska hantera ytterligare försämring i den sjukas allmäntillstånd och vilka undersökningar och provtagningar (om några alls) som eventuellt fortfarande är aktuella och förankrar detta i teamet samt med patient/närstående. I denna behandlingsstrategi tas också ställning till om och i så fall när sjukhusvård eventuellt är aktuell samt att hjärt-lungräddning inte är indicerad ("Ej HLR").
- Teamet efterhör var den sjuke helst vill vårdas i livets slutskede och vilka hjälpmedel och stödjande vårdinsatser som krävs.
- Närstående informeras om närståendepenning.
- Teamet gör upprepade symtomskattningar av smärta och andra symtom.
- Teamet avslutar omvårdnadsåtgärder som i denna del av livet inte gagnar patienten t.ex. temptagning, puls och blodtryck, vätskelista, vägning.
- Teamet vidtar åtgärder såsom bedömning av munhälsa och trycksårsprofylax.
- Teamet uppmärksammar den sjukas behov av psykiskt, socialt och existentiellt stöd.
- Läkaren bestämmer i samråd med teamet vem som kan fastställa det väntade dödsfallet och vem som skriver dödsbevis.
- Ytterligare specifika önskemål gällande omhändertagandet av den döde efterhörs och dokumenteras.

16. VID BEHOVSORDINATIONER FÖR ALLA PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE OAVSETT DIAGNOS

- Mot smärta till patienter som inte sedan tidigare får opioid:
Morfin 10 mg/ml 2,5–5 mg (0,25–0,5 ml) sc vb. Justera dosen efter ålder, låg dos till äldre patienter på grund av sämre njurfunktion.
- Mot smärta till patienter med stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen Morfin sc vb. Observera att olika opiater inte är dosekvivalenta och att 10 mg Morfin per os motsvarar cirka 2–5 mg sc/iv (beroende av individens förstapassageeffekt).
- Mot andnöd: i första hand morfin och i andra hand midazolam (t.ex. Dormicum), doserade enligt ovan. Furosemid (t.ex. Furix) 10 mg/ml 20–40 mg (2–4 ml) iv/sc kan ges vid hjärtsviktsorsakad andnöd.
- Mot förvirring: i första hand haloperidol (t.ex. Haldol) per oralt/sc 0,5–2 mg, 1–2 gånger per dygn.
- Mot illamående: haloperidol (t.ex. Haldol) 5 mg/ml 1–2,5 mg (0,2–0,5 ml) sc vb.
- Mot rosslighet: glykopyrron (t.ex. Robinul) 0,2 mg/ml 0,2 mg (1 ml) sc vb eller Morfin-Scopolamin 10+0,4 mg/ml 0,5–1 ml sc vb.
- Mot ångest: midazolam (t.ex. Dormicum) 5 mg/ml 2,5 mg (0,5 ml) sc vb.

17. MUNVÅRD

Munvård, när den svårt sjuke inte längre orkar borsta tänderna eller har sänkt medvetande, kan göras på följande sätt:

- Kontinuerlig inspektion av munhålan och god munvård är viktigt när personerna är så sjuka att de inte orkar be om hjälp eller beskriva sina problem.
- Berätta för personen vad du ska göra, även om han/hon är medvetslös.
- Inspektera munhålan, med ficklampa och spatel. Titta efter om det finns skador på tänder eller protes, om det finns sår, rodnader och beläggningar på slemhinnor eller tunga.
- Borsta ev. tänderna 1–2 ggr/dygn med mjuk tandborste. Tag ut och rengör proteser om den svårt sjuke har sådana. Tänk på att protesen kan behöva tas ut om den sitter dåligt i munhålan. Munsköljning är olämpligt om personens medvetande är sänkt.
- Torka ur hela munhålan (inkl. tänder, tunga, gom, munbotten och kindernas insida) med plastpinnar med fastsatt skumgummitork. Ibland biter dock personen ihop munnen och då rengörs försiktigt det som är möjligt (det viktigaste är att fukta slemhinnorna).
- Smörj munhålan med fuktbevarande gel eller spraya med vatten och matolja blandat i en pumpflaska. Munhålan bör fuktas minst två gånger i timmen.
- Smörj läppar med vaselin, cerat eller liknande.
- Droppa lite vatten i mungipan med hjälp av ett sugrör eller en spruta. Ge det personen föredrar, t.ex. vatten, krossad is eller, om han/hon fortfarande kan svälja, små bitar av frukt.
- Vid tecken på munsmärta kan lokalt smärtstillande medel provas, t.ex. Xylocain viskös.

18. ORDLISTA

Aspiration¹

Inandning av främmande material.

Autonomi¹

Självständighet, oberoende, ett viktigt begrepp i ett flertal vetenskaper.

Bensodiazepiner¹

Läkemedelsgrupp som har fått stor användning vid behandling av ångest och sömnstörningar.

Defibrillator:

Återställer en extremt snabb och oregelbunden hjärtfrekvens till normal rytm, genom att avge en elektrisk chock till hjärtat. En defibrillator kan vara en implanterad medicinsk apparat eller extern medicinsk utrustning.

Delirium¹ Annat namn på förvirring eller konfusion.

Dostitrering²

Identifiering av en optimal underhållsdos av ett läkemedel för fortgående behandling. Denna optimala dos ska ge adekvat effekt med en acceptabel förekomst av biverkningar.

Elimination¹

Sammanfattande benämning på de olika processer som leder till att en substans försvinner från kroppen, i regel från blodet.

Emotionell¹

Som har att göra med känslor.

Empati¹

Inlevelseförmåga, förmåga att kunna leva sig in i en annan människas känsloläge och behov.

Etik

Etik är läran om moral, d.v.s. läran om vad som är rätt och fel. Etik är den systematiska reflektionen över mänskliga värderingar och handlingar samt motiven över dessa.

Evidens³.

Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller. I termen evidensbaserad sjukvård är evidens det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra ”bästa tillgängliga bevis” i en viss fråga.

Existentiell¹

Som rör eller är avgörande för människans tillvaro.

Feedback¹

Återkoppling.

Hypoxi¹

Syrebrist.

Hälsotillstånd⁴

Tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle.

Inkontinens¹

Oförmåga att hålla urin eller avföring.

Insufficiens¹

Nedsatt funktion i ett organ.

Kakexi⁴

Progressiv förlust av muskulatur och annan kroppsvävnad beroende på en kombination av undernäring och metabola processer som medför nedbrytning av kroppsvävnad orsakade av underliggande sjukdom. Skiljer sig från "ren svält" d.v.s. brist på energi och näringsämnen, eller negativ energibalans av annan orsak som går att åtgärda med tillförsel av energi och näringsämnen.

Kognition¹

De tankefunktioner med vilkas hjälp information och kunskap hanteras.

Konsultation⁴

Vårdkontakt där patienten bedöms av hälso- och sjukvårdspersonal från annat medicinskt verksamhetsområde och där vårdansvaret kvarstår hos remitterande hälso- och sjukvårdspersonal.

Kriterium¹

Avgörande kännetecken med vars hjälp man kan avgöra att ett visst villkor är uppfyllt.

Kronisk¹

Stadigvarande, ihållande, långsamt fortlöpande eller obotlig.

Kvalitetsregister⁵

Innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Ett Nationellt Kvalitetsregister kvalitetsgranskas och är certifierat av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister. Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister.

Muskelatrofier¹

Förtvining av en muskel.

Neuroleptika²

Ett läkemedel som hämmar nervsystemet. Används huvudsakligen vid behandling av psykosor men även andra psykiska sjukdomar och tillstånd samt inom smärtbehandling.

Nutrition⁴

Kan betyda både näring och näringstillförsel.

Närstående⁴

Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

Opioider¹

Samlingsbenämning på substanser som utövar sina verkningar via opioidreceptorer på nervceller, huvudsakligen i centrala nervsystemet. Termen avser sådana opiumalkaloider (opiater) som har smärtlindrande effekter samt syntetiska och kroppsegna substanser med liknande verkningar. Även substanser med antagonistisk verkan har kommit att räknas in.

Ordination⁴

Beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Peroralt¹

Intag genom munnen.

PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi)⁴

Kort sond genom bukväggen till magsäcken som används för näringstillförsel direkt till mag-tarmkanalen.

Remiss⁴

Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient.

Respiratorisk insufficiens¹

Nedsatt funktion i ett organ, här lungkapaciteten.

Subkutan¹

Medicinsk term: belägen i underhuden.

Särskilt boende⁴

Individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade.

Transdermal¹

Som passerar genom huden (ofta läkemedel).

Urinretention¹

Oförmåga att tömma urinblåsan helt.

Validitet¹

Den utsträckning i vilken ett mätinstrument mäter det som man avser att mäta.

Vårdplan⁴

Dokumentation som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård och omsorg för en enskild patient. En standardiserad vårdplan kan användas av berörd hälso- och sjukvårdspersonal för upprättande av individuella vårdplaner. Den standardiserade vårdplanen ger stöd för kunskapsbaserat arbete, för planering av aktiviteter och resurser och för en effektiv processorienterad dokumentation som underlättar registrering och datainsamling för uppföljning.

Vårdprogram⁴

Riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella.

Värdegrund¹

De grundläggande värderingar som formar en individs normer och handlingar.

Källor:

1. www.ne.se
2. www.fass.se
3. www.sbu.se
4. www.socialstyrelsen.se
5. www.kvalitetsregister.se



REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN
Ansvarigt regionalt cancercentrum: Stockholm Gotland
Information: regionaltcancercentrum@sl.se