



# Palliativt förhållningssätt

- **Peter Strang**

**Professor** i palliativ medicin, **överläkare**

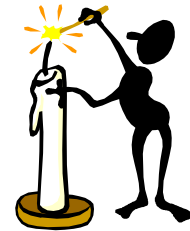
**Vetenskaplig ledare**, PKC (*Palliativt kunskapscentrum*)

---

Karolinska Institutet och  
Stockholms Sjukhem och PKC



# Hur såg rötterna ut...?



- **Medeltiden: kloster** (och "hospices") tog hand om sjuka
  - tid, värme, mat, medkänsla...
- **1750:** medellivslängden var 35-40 år...
- **1850-1900-talet:** framsteg, optimism
  - kirurgi, narkos, strålbehandling, antibiotika, insulin, cytostatika
- **1950-1960 talet:** fokus på att bota
  - ... men de sjukaste blev åsidosatta



# Dame Cicely Saunders

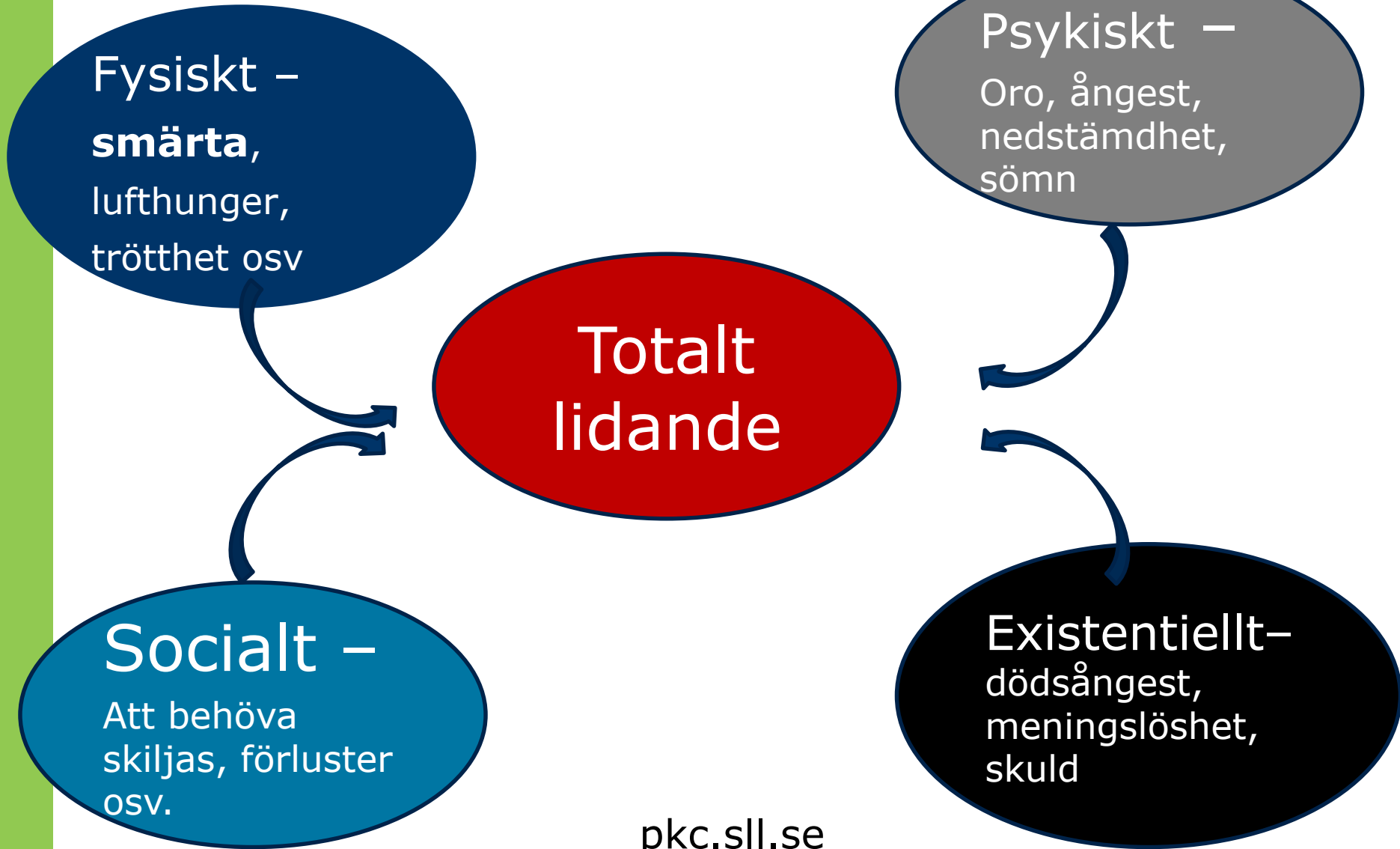
## – den moderna hospicerörelsens grundare

- Socialarbetare, sjuksköterska, läkare...
- Började göra smärtstudier på 50-talet (St Joseph´s)
- "It is all pain..."
  - Gav upphov till "Total Pain"-conceptet
- **Total pain**
  - Fysisk
  - Psykisk
  - Social
  - Existentiell/andlig
- **"Total suffering"** – kanske bättre ord i vissa fall?

Strang P: Existentiell smärta – ett sjukvårdsperspektiv. Ur: Strang & Beck-Friis: Palliativ vård och medicin. Liber 2012, 4e uppl: 50-53

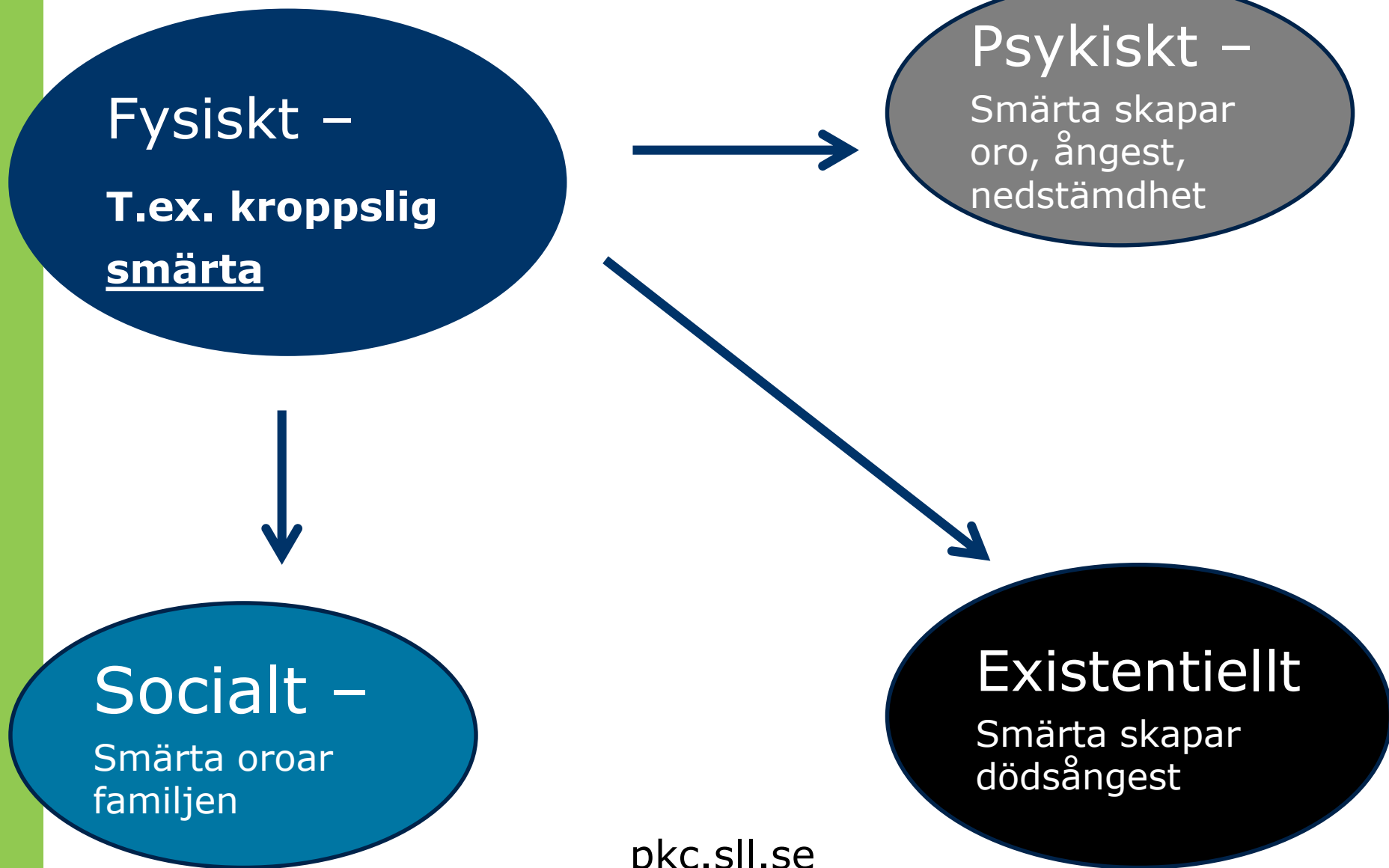


# Total smärta / totalt lidande



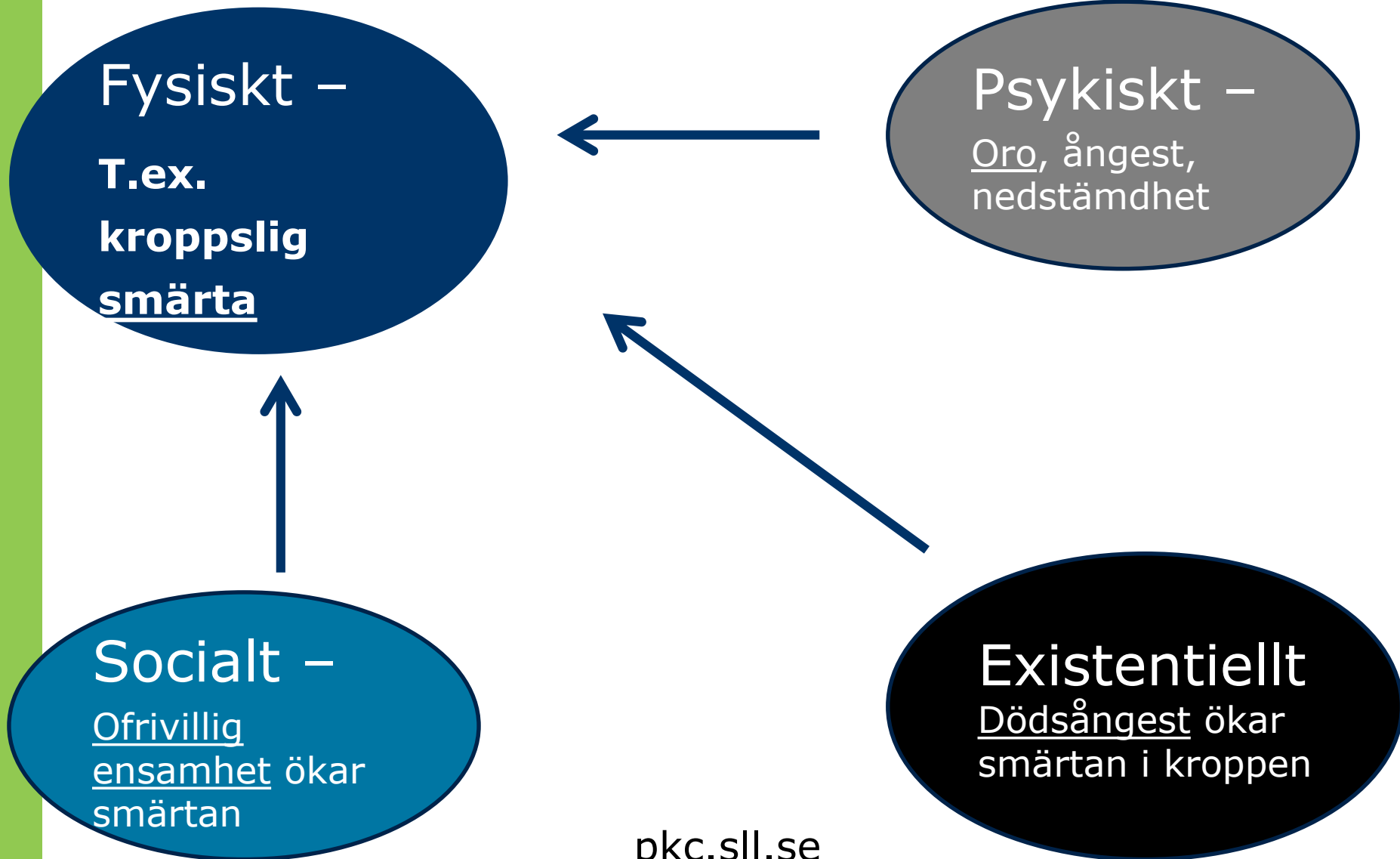


# Helhetssyn





# Helhetssyn



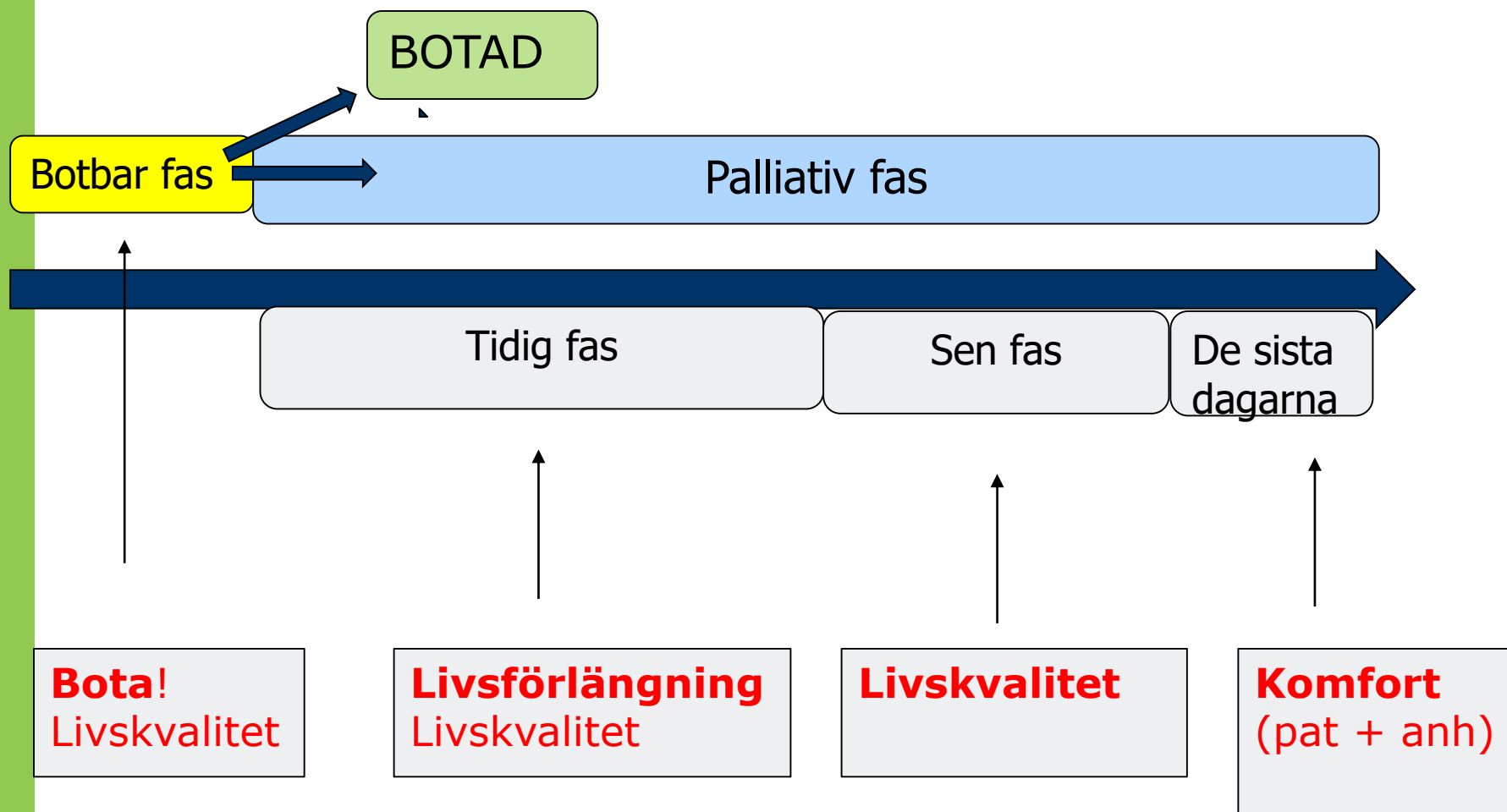


# WHO definitioner

- 1990 första definitionen av palliativ vård
- 2002 kom en reviderad definition
  - Den innebär nya utmaningar



# Målet med vården







# WHO definitionen 2002 (1)

**Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternestedt BM ([www.nrpv.se](http://www.nrpv.se))**

- **Definition av palliativ vård enligt WHO, 2002**
- Palliativ vård bygger på ett **förhållningssätt** som syftar till att
  - förbättra **livskvaliteten** för **patienter** och **familjer** som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande (icke-botbar) sjukdom.
- Palliativ vård **förebygger** och **lindrar** lidande genom
  - **tidig** upptäckt,
  - noggrann **analys** och
  - **behandling** av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

Strang P: Ett palliativt förhållningssätt – enligt WHO. Ur: Strang&Beck-Friis: Palliativ medicin och vård. Liber 2012, 4e uppl sid 30-34



# WHO definitionen 2002, forts... (2 )

**Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternestedt BM**

- **Lindrar** smärta och andra plågsamma symtom.
- **Bekräftar livet** och betraktar **döendet** som en **normal** process.
- Syftar **inte** till att **påskynda** eller **fördröja** döden.
- Integrerar psykologiska och **existentiella** aspekter i patientens vård.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att **leva så aktivt** som möjligt fram till döden.



# WHO definitionen 2002, forts... (3 )

Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternestedt BM

- Erbjuder **organiserat** stöd till hjälp för **familjen** att hantera sin situation **under** patientens sjukdom och **efter dödsfallet**.
- Tillämpar ett **teambaserat** förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov, samt
- tillhandahåller, om det behövs, även **stödjande** och **rådgivande** samtal.



# WHO definitionen 2002, forts... (4 )

**Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternstedt BM**

- Befrämjar **livskvalitet** och kan även **påverka sjukdomens förlopp** i positiv bemärkelse.
- Palliativ vård omfattar även sådana **undersökningar** som är nödvändiga för att bättre **förstå** och **ta hand om** plågsamma symtom och komplikationer.
- Är tillämpbar **tidigt** i sjukdomsskedet **tillsammans med** behandlingar som **syftar till att förlänga livet**, såsom cytostatika och strålbehandling.
- Strang P: Förkortar smärtbehandling livet? Ur P Strang: Cancerrelaterad smärta. Onkologiska och palliativa aspekter. Studentlitteratur 2012, 2a uppl. Sid 353-355.
- Greer J et al: Early integration of palliative care...CA Cancer J Clin 2013;63:349-363 (Review)



# Traditionell syn – modern syn



**Cancerbehandling**

**Palliativ vård**



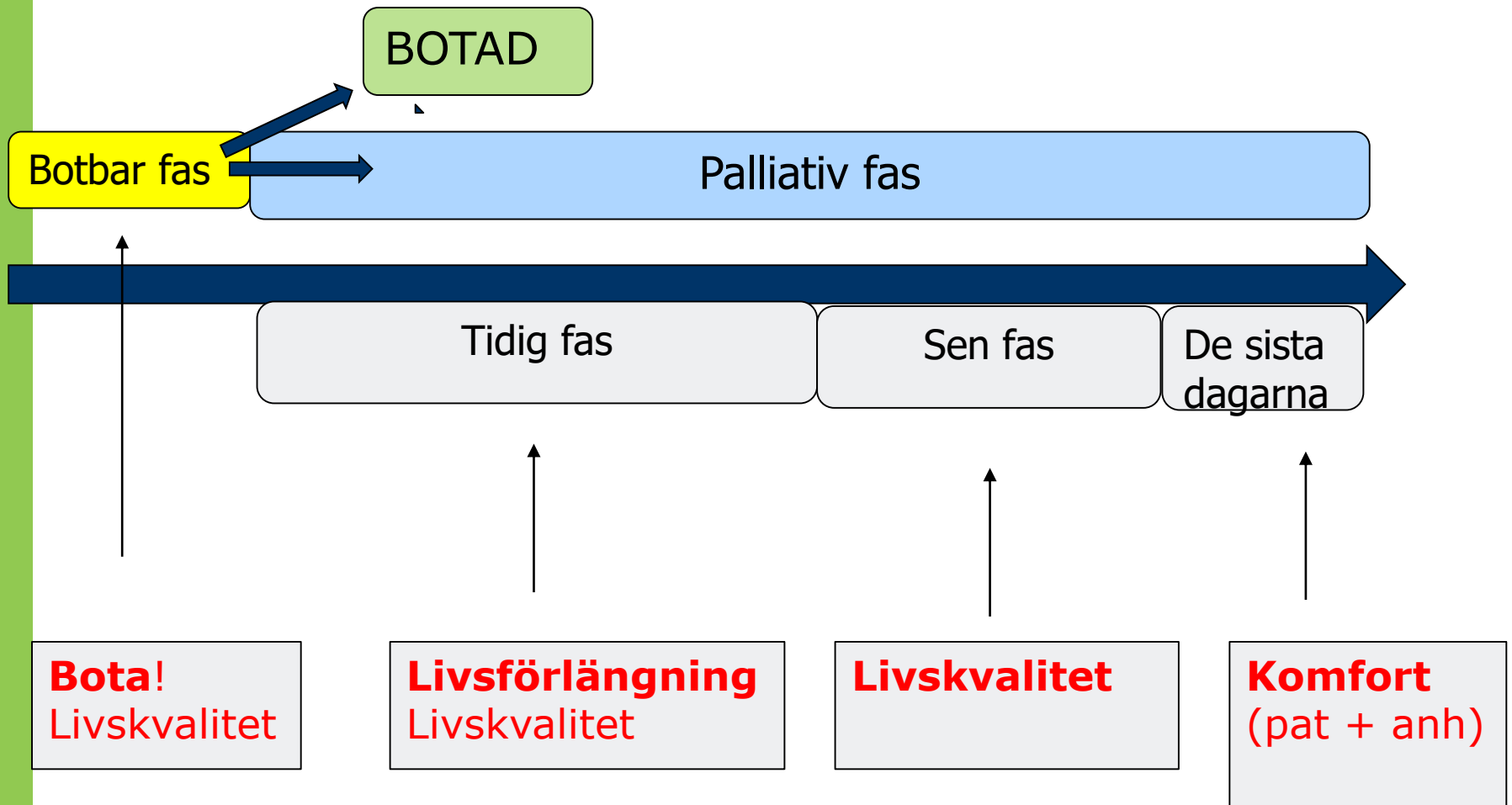
**Cancerbehandling**

**Palliativa insatser**

**Palliativ vård**



# Målet med vården





# Palliativ *fas* – eller palliativ *vård*?

## ▪ Palliativ *fas*

- Har en sjukdom som blir **den troliga dödsorsaken** om "inget annat hinner före"
- Du kan ändå vara helt symtomfri!
- *Att vara i en **palliativ fas** innebär inte nödvändigtvis att man behöver **palliativ vård** för stunden!*

## ▪ Palliativ *insats*

- Enstaka insats för att lindra symtom. T.ex. en smärtbehandling

## ▪ Palliativ *vård*

- En *vård* som bygger på ett **palliativt förhållningssätt** (som inte bara tar hänsyn till den fysiska grundsjukdomen), och som ges 24/7



# När börjar den sena palliativa fasen vid *icke-cancer diagnoser*?

- Demens?
- KOL?
- Hjärtsvikt?





# Demens – hospicekriterier i USA

(= mindre än 6 mån förväntad överlevnad)

- **FAST = 7 + minst en komplikation**  
(FAST= Functional Assessment Staging)
- **FAST = 7**
  - Högst 1-6 begripliga **ord**/ dag (a-b)
  - Att inte kunna **röra sig** utan hjälp (c )
  - Att inte kunna **sitta upp** utan stöd (d)
  - Att inte kunna **le** längre (e)
  - Att inte kunna **lyfta på huvudet** (f)
- **Minst en av följande komplikationer:**
  - Aspirationspneumoni. Övre UVI. Kvarstående feber. Sepsis. Trycksår grad 3-4. Viktnedgång >10% på 6 mån.



# Att ställa rätt prognos vid demens

- Vården har en orimligt positiv bild – som de förmedlar till närstående
- **Mitchell SL. et al. 2004**, *Archives of Internal Medicine*, 164, 321–326.
- Vid inskrivning till ett sjukhem bedömdes **1%** ha en kort överlevnad (<6 månader).
- Men **71%** dog inom 6 månader...



# KOL i palliativ fas

(Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5e uppl 2015)

- Behov av syrgas dygnet runt (LTOT)
- FEV1 < 30% (den volym man kan andas ut under 1a sekunden)
- Minst en sjukhusinläggning senaste året (pga skov)
- KOL behandlingen går inte längre att optimera
- Viktminskning (BMI) / tecken på kakexi
- ADL försämras, allt mer beroende av hjälp
- Ålder > 70 år
- Nedstämdhet/depression!
- Påtaglig samsjuklighet ( t ex hjärtsvikt, njursvikt, tromboser osv)



# Hjärtsvikt i palliativ fas

- I NYHA klass 4 = definitivt palliativ fas,
  - begränsad överlevnad
  - Ofta väntat dödsfall (pat blir allt sämre)
- Idag (jämfört med för 20 år sedan): klart förlängd överlevnad tack vare **nya läkemedel** (ACE hämmare etc) och **ICD** osv.
  - Framgångsrik behandling kan t ex "lyfta" ner en pat till en lägre NYHA klass
- I *tidigare* NYHA klasser – plötslig hjärtdöd är relativt vanlig!
- Totalt (oavsett stadium) dör 30-50% en plötslig hjärtdöd
  - Är patienten och närstående medvetna om detta?
- **Prognosen är svårbedömd**, eftersom pat kan dö plötslig hjärtdöd även när hon mår bra – eller överleva några år!



# Symtom vid svår hjärtsvikt

## – trots optimal hjärtsviktsbehandling

(Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5e uppl 2015)

- **Några vanliga symtom:**

- Smärta (41–78%)
- Dyspne (60–88%),
- Fatigue (69–82%),
- Nedstämdhet (9–56%)
- ICD gör att betydligt färre dör plötslig hjärtdöd – och hinner därför få fler symtom mot slutet...
- **Vilka tankar** väcker bröstsmärta, andnöd, total orkeslöshet?

**Behövs palliativa insatser** vid sidan av hjärtsviktsbehandlingen?



# Att bedöma prognos, oavsett diagnos

- **Surprise-question:**

*“Skulle du vara förvånad om din patient dött (i sin grundsjukdom) inom 12 månader?”*

- Om svaret är NEJ – då är patienten i en palliativ fas!!
- Vad är det övergripande **målet** nu?
- Hur för man **samtal** om målet med vården?
- **Var** vill patienten vårdas?
- Är **närstående** med på tåget?



# **Palliativt förhållningssätt...**

## **utgående från "total pain" och från WHO definitionen**

- **Palliativt förhållningssätt:**
- Tänka på de **4 dimensionerna** och helheten
  - Fysiskt
  - Psykiskt
  - Socialt
  - Existentiellt
- Varje dimension bör beaktas. De **påverkar** varandra och bildar en **helhet**
- Tänka på de **4 hörnstenarna** (= våra "arbetsredskap")
  - Symptomkontroll i vid bemärkelse
  - Kommunikation/relation
  - Teamarbete
  - Närståendestöd



# Reflektion 1

## ▪ De 4 dimensionerna och helheten

- **Fysiskt** (smärta, dyspne, trötthet, illamående osv)
- **Psykiskt** (oro, ångest, nedstämdhet, sömn osv)
- **Socialt** (patientens relationer, ensamhet, anhörigas situation och påverkan)
- **Existentiellt** (dödsångest, meningslöshet, skuldfrågor, existentiell ensamhet)

## 1. Reflektionsfråga:

1. *Har du vårdat en patient där **ett fysiskt symtom** (smärta, dyspné, illamående osv) **påverkades** i hög grad **av** någon av de tre andra dimensionerna?*
  - a. *Hur såg det ut?*
  - b. *Vad gjorde ni?*
  - c. *Varför blev det bra/ varför blev det inte bra?*





# Reflektion 2

- **De 4 hörnstenarna (= våra "arbetsredskap")**
  - Symtomkontroll i vid bemärkelse
  - Kommunikation/relation
  - Teamarbete
  - Närståendestöd
- **Reflektionsuppgift:**
- Kommer du ihåg något fall **där symtombehandlingen var otillfredsställande eller misslyckades** p.g.a.
  - Bristande kommunikation/ kommunikationsproblem?
  - Bristande (obefintlig) relation och tillit?
  - För att teamet inte drog i samma riktning, utan gav olika besked åt pat.?
  - För att närstående inte blev inkluderade?



# PKC:s hemsida

Bland annat:

- Undervisningsvideon
- Webprogram
- Möjlighet att beställa Nyhetsbrev/ Kunskapsbrev
- 

<http://pkc.sll.se>