



Personal på St Raphael's.

Care Planning. Eftersom teamen inte förfogar över några vårdplatser så hamnar man aldrig i diskussioner om "övertagning".

En majoritet av de remisser vi får till vårt hospice kommer från något av de palliativa teamen som jobbar på sjukhusen. Fördelen med detta är att patienterna oftast är väl förberedda inför den fortsatta vården. Man har ofta inlett någon form av symptomlindrande behandling och haft inledande samtal om var patienten vill vårdas/dö; samtal och vård som vi sedan följer upp. Nästan alltid finns ett ställningstagande till 0-HLR.

MYCKET AV DET senaste årets debatt kring palliativ vård har präglats av det som kallas "Gosport hospital scandal report". Under åren 1987–2001 beräknas drygt 400 patienter ha fått sina liv förkortade av "felaktig användning av höga doser av läkemedel utan att det var kliniskt motiverat". I de flesta fall insattes sprutpumpar med höga doser av opioider och sederande läkemedel utan att det var tydligt motiverat i symtomlindrande syfte. Syftet verkade snarare ha varit att förkorta livet och/eller lidandet. Detta har flitigt debatterats i brittisk media och den palliativa vårdens frekventa användning av sprutpumpar har ifrågasatts. Utred-

ningen om vad som egentligen hände vid Gosport War Memorial Hospital pågår fortfarande och mycket är oklart. Uppenbart är dock att rapporten har skapat oro bland befolkningen. Vi som jobbar i palliativ vård har uppmanats att tydliggöra syftet med de läkemedel vi använder, i synnerhet opioider och sprutpumpar. Diskussionerna påminner till stora delar om den debatt som fanns kring LCP, Liverpool Care Pathway, för några år sedan.

ETT VÅRDPROGRAM MED stor betydelse är Gold Standard Frameworks (GSF), som skapades av en palliativt engagerad GP i början av 2000-talet. GSF är ett personcentrerat stöd för att bedöma och åtgärda patientens palliativa behov. GSF har fått ett stort stöd nationellt och haft stor betydelse för utvecklingen av den palliativa vården i Storbritannien. GSF fokuserar på betydelsen av samarbete och integration av olika vårdgivare för att kunna ge patienterna god palliativ vård. Likheterna med den svenska Nationell Vårdplan för Palliativ vård är stora.

IMIN VARDAG ser jag betydelsen av GSF i de återkommande mötena med vårdcentralerna i vårt upptagningsområde. Alla vårdcentraler listar sina palliativa patienter. Vad menas då med

palliativ patient i detta sammanhang? För att definiera detta använder GSF "the surprise question": Skulle du bli förvånad om patienten avlider inom tolv månader? Bli svaret "Nej" är patienten att betrakta som palliativ. Alla vårdcentraler har möte en gång i månaden där de palliativa patienterna diskuteras. Mötena involverar GPs, distriktssköterskor, kuratorer med flera, samt någon från vårt team. Eftersom det finns ett 30-tal vårdcentraler i upptagningsområdet innebär det minst ett GSF-möte per dag för vårt team (läkare och/eller sjuksköterska). Dessa GSF-möten ger oss goda möjligheter att dela vår palliativa kompetens och diskutera våra gemensamma patienter.

JA, VEM ÄR DÅ "the best in the world" på palliativ vård? I min vardag som läkare, i Sverige såväl som i Storbritannien, tänker jag att den bästa vården är den som ständigt lär nytt av andra och där vi lär varandra. Den dynamiken kan vi alla skapa, oavsett land och arbetsplats. ■

**Jan Hallström**

Specialist i palliativ medicin
Är sedan april 2018 konsulterande läkare på St Raphael's Hospice, London

Indien: Svenska studenter gör skillnad på ett fattigt sjukhus i Hyderabad

De indier som har pengar kan få allt i behandlingsväg på privata sjukhus, men det stora flertalet fattiga indier kan inte få den vård de behöver. Indien är, sin starka ekonomiska utveckling till trots, ett av de länder som lägger minst pengar på allmän sjukvård. Palliation är ett eftersatt område och behovet är stort. Sedan 2013 har vi vid Lunds universitet haft förmånen att samarbeta med ett statligt cancersjukhus i Hyderabad i södra Indien.

INDIEN HAR 1,2 miljarder invånare varav cirka 250 miljoner lever på under 1,9 US dollar/dag (gränsen för extrem fattigdom). Hyderabad, huvudstad i delstaten Telangana, är stor och stökig med ungefär sex miljoner invånare. Som så ofta i Indien finns det sida vid sida både stor rikedom och stor fattigdom. Det statliga cancersjukhuset Medhi Nawaz Jung (MNJ) är det enda sjukhus som erbjuder gratis vård till patienter som lever under fattigdomsgränsen, och är det enda statliga cancersjukhuset i ett område med 35 miljoner invånare.

Patienterna, som oftast inte är läskunniga, kan komma resande långt ifrån; De lämnar familj och arbete, kommer med remiss eller på eget initiativ till MNJ. Varje år tar man emot 10 000 nya patienter. Bröstcancer, cervixcancer, lungcancer och huvud-hals-cancer är de vanligaste diagnoserna. Det finns diagnostisk röntgenavdelning, onkologisk kirurgi, medicinsk behandling, strålbehandling med modern utrustning och en palliativ enhet, liksom en barnonkologisk avdelning.

SJUKHUSET HAR UNGEFÄR 350 sängar uppdelade på några stora salar. Av dessa



Personalens mopeder vid Kumudini Devi Hospice.

FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA ►

” Vi ska nu inleda ett arbete med att införa lågdosmetadon som tillägg till morfin.

upptar barnonkologin 100 sängar. Kring sängarna, och i korridorerna, ligger familjemedlemmar och vilar på sina tygstycken. Det är stökigt och varmt, mat delas ut från rullande kantiner och dofterna blandas i hettan. En doktor kan ha ansvar för över 100 patienter. Sjukhuset är mycket resurssvagt, vilket är typiskt för den statliga vården i Indien. Det saknas kvalificerad personal, utrustning och läkemedel. De få tillgängliga läkarna på MNJ har ingen tid att följa upp sina behandlingsresultat eller rutiner, driva studier eller utveckla nya riktlinjer.

SVENSKA STUDENTER GÖR under sina elva terminer på läkarprogrammet två vetenskapliga arbeten. Tillsammans med kollegor på MNJ, som blir de lokala handledarna, erbjuder vi projekt som syftar till att utveckla vården för fattiga i Indien. Dels skall projekten hjälpa läkarna på MNJ att utvärdera sina behandlingsrutiner och insätta åtgärder, dels är målet att publicera de färdiga arbetena i internationella medicinska tidskrifter, för att öka sjukhusets status och chans till ökade statliga anslag. Vi har än så länge publicerat sex gemensamma artiklar från detta samarbete.

VIHARETT välfungerande samarbete med den palliativa enheten som ansvarar för smärtlindringen på sjuk-

huset, en stor hemsjukvårdsverksamhet och ett hospice, Kumudini Devi Hospice. Verksamhetschefen, dr Gayatri Palat, anestesilog och palliativmedicinare, är mycket kompetent och drivande, samtidigt lätt-sam och har nära till skratt. Hennes palliativa enhet stöds av en internationell hjälporganisation, International Network for Cancer Treatment and Research, genom dess kanadensiska gren som också stöder vårt arbete. Med dr Palats hjälp har vi bland annat kartlagt palliativa enhetens arbete, infört IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) på hospice och introducerat ketamin vid procedurmärta hos barncancerpatienterna, vilket är några av de 25 vetenskapliga arbeten som nu 30 studenter från läkarlinjen i Lund har gjort i Hyderabad sedan starten 2013.

TILLGÅNG TILL PALLIATION kan mätas i tillgång till smärtlindring, i form av opioider. WHO bedömer att av 20 miljoner patienter i behov av palliativ vård i livets slutskede årligen lever 80 procent i låg-/medelinkomstländer (LMIC). Medan opioidkonsumtionen i smärtlindrande syfte stadigt ökar i västvärlden är den mycket låg och står helt still i LMIC (källa: International Narcotics Control Board). Stora delar av Indiens befolkning har inte någon tillgång till morfin. Delstatliga lagstiftningar slä-

par efter, specialtillstånd för att skriva ut morfin krävs, missuppfattningar och okunskap förvärrar situationen. Vi ska nu inleda ett arbete med att införa lågdosmetadon som tillägg till morfin. Detta arbete syftar till att skapa riktlinjer som kan användas på andra liknande sjukhus både i Indien och i andra LMIC.

DE YNGRE LÄKARNA på MNJ är viktiga i genomförandet av projekten, och får samtidigt möjlighet att åka på möten och presentera resultat, och vara med på publikationerna. De svenska studenterna blir väl omhändertagna och får uppleva hur sjukvårdens villkor ser ut för majoriteten av världens befolkning. Det senaste året har våra studenter fått bidrag från SIDA för så kallade Minor Field Studies vilket underlättat mycket eftersom vi tidigare endast kunnat erbjuda små resebidrag från fakulteten. Vi och studenterna ökar våra referensramar, får perspektiv på globala medicinska frågor och blir varse hur man med mycket små resurser kan åstadkomma stora förändringar. ■



Eva Brun
docent, överläkare onkologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus Lund



Mikael Segerlantz
överläkare, specialist i palliativ vård ASIH Lund, Primärvården Skåne



Journalarkivet på Medhi Nawaz Jung Hospital, dit studenterna får gå och söka patientjournalerna till sina genomgångar.



Expeditionen på Kumudini Devi Hospice med beläggningslistan.



Konsultation på DPPC, Department of Pain and Palliative Care, MNJ-sjukhuset.

En vidgad världsbild

– sex veckor i indisk palliativ vård

Sjuksköterskan Annika Hallin arbetade under mars och april på Medhi Nawaz Jung-sjukhuset i Hyderabad. Det här är hennes berättelse om teamvård, tumörsår och trafiken som motståndare:

DET HAR NU gått nästan ett halvår sedan jag kom tillbaka från Hyderabad. Det började med att en av våra läkare, på min arbetsplats på ASIH i Lund, berättade om sitt engagemang på MNJ-sjukhuset i Hyderabad. Sjukhuset sökte nu efter en sjuksköterska i palliativ vård som kunde vara med och utveckla den palliativa vården på sjukhuset, men framför allt på lokala hospice i och kring Hyderabad.

Jag fick tjänstledigt från mitt arbete

i sex veckor och bodde i Hyderabad hos en indisk familj där mannen i familjen, Mr Jagannath, engagerat sig starkt i palliativ vård sedan hans hustru dog för tio år sedan i koloncancer.

På MNJ finns mottagningen "The Department of Pain and Palliative Care" (DPPC) där både ineliggande och polikliniska patienter får råd och läkemedel för sin cancersmärta. På den palliativa smärtmottagningen arbetar två läkare som tar emot 60–70 patienter per dag. Inga besök är bokade utan patienterna kommer,

med sin journal och sina röntgenbilder, på drop-in-mottagning, antingen som ny- eller återbesök. Besöken tar åtta–tio minuter. Läkaren skriver sin ordination i patientens medhävda anteckningsbok och sedan en journalanteckning under pågående mottagningsbesök. Med ett recept kan patienten sedan hämta ut läkemedel gratis på mottagningen. Patienter i dåligt somatiskt skick kan erbjudas hemsjukvård via DPPC eller flyttas till ett hospice.

Från DPPC utgår även palliativ



Personalen på hospicet firar den indiska vårfesten Holi (Annika Hallin i bakersta raden).



Vårdrum på Kumudini Dewi Hospice.

hemsjukvård, med fem bilar, vardera med chaufför, läkare, sjuksköterska och kurator, läkemedel, material för sårvård och dropp. Man har också med sig sina patienters journaler. Varje bil är ett team som ansvarar för cirka 250 patienter. Ett team gör fyra–fem hembesök per dag, trafiken begränsar antalet besök.

DPPC har ett nära samarbete med Kumudini Dewi Hospice i utkanten av Hyderabad. Detta hospice har 20 bäddar, en i ett enkelrum och i övriga rum är det två-tre patienter i varje. Hinduer, kristna och muslimer delar rum. Det är alltid närstående som vårdar sina sjuka, alltså står för all omvårdnad, ger patienten mat, tar denne till toaletten och sköter all hygien. Sjuksköterskan delar ut läkemedel tre gånger om dagen. Smärtskattningar görs enligt NRS och funktionskattningar med "Palliative Performance Scale" (PPS) görs ofta och dokumenteras regelbundet. De palliativa läkemedel som finns tillgängliga är morfin, midazolam, Furix, Robinul och Haldol, men även specialisläkemedel som metadon och ketamin. De flesta läkemedel ges subkutant men ibland även intravenöst. Vätskeinfusion ges ofta i livets slutskede och då som en långsam subkutan infusion. Avancerade tumörsår är vanliga, ofta från huvud-halscancer eller bröstcancer, och mycket fokus läggs därför på sårvård.

UTDRAG UR MIN BLOGG DEN 4 MARS:

"Hospice ligger ner på en liten väg ca 100 m och då passerar vi ett privat sjukhus. Det är ca 34 grader. Det sitter många närstående utanför och det är skor som står överallt. Jag går in och möter Mr Swarup som arbetar som sjuksköterska och är ansvarig för patienter och nyutbildad personal, för det kommer ofta nya sjuksköterskor som är helt nyfärdiga och ska ta hand om dessa svårt sjuka patienter med alla olika cancerdiagnoser och de komplikationer som det innebär samt stötta närstående. Mr Swarup är mer som en föreståndare och har ett stort ansvar och ska samtidigt se till att alla patienter har det bra och är väl symtomlindrade. Ibland är där ingen läkare och då tar även medicinska bedömningar och ibland beslut. Jag får titta i en pappersjournal och se hur de dokumenterar och de är väldigt bra på att skatta symtom och på varje arbetspass görs det en smärtskattning både NRS och var smärtan sitter. Journalerna ligger överallt och det finns ingen sekretess.

Patienterna bor i små "kuber" där det får plats 3 patienter och till varje patient en brits som närstående kan vila på. Det är bara halvväggar så man får bra överblick av patienten men även andra kan se vad som sker, och det finns draperi mellan varje säng. Jag går med en personal runt och hälsar på patienterna och samtidigt får jag en kort historia kring diagnos och symtom. En var gan-

ska pigg och en annan var nästan inte vid medvetande, en tredje var konfusorisk och svår att smärstillta. I ett eget rum låg en liten kille knappt 4 månader med leukemi och han har en pump med midazolam (lugnande) och var lugn och fin men har kort tid kvar i livet."

VÅRDEN PÅ DPPC, mottagning, hemsjukvård och på hospice bedrivs som teamvård. Det finns sjuksköterskor, vårdbiträden eller hjälpare (ayaas) som dock helt saknar medicinsk utbildning. Det finns kurator och även fysioterapeut. Fysioterapeuten arbetade med lymfödem, och då främst med massage. Fysioterapeuten undervisade även anhöriga kring basal omvårdnad i livets slutskede.

Bland olika föreläsningar jag deltog i handlade en om lymfödem, där det framhölls hur viktigt det är att ta reda på om svullnad i extremiteter är lymfödem och inte slentrianmässigt behandla svullna armar och ben med vätskedrivande. Inom den palliativa vården i Indien arbetade man här utifrån fyra hörnstenar: hudvård, kompression, aktivitet och lymfmassage. Bra lärdom och enkelt.

Jag deltog också i olika förbättringsarbeten, som att få fram en enkel men säker medicinlista som även fungerar för patienter och anhöriga som inte kan läsa och skriva.

Att vara ute och resa och möta den palliativa vården i andra delar av världen ger en personligen ett unikt tillfälle att lära sig mer, men även att ifrågasätta sin egen kunskap och sina värderingar om vad som är god palliativ vård. De ger också en chans att kunna bidra med sin egen erfarenhet och kompetens. Jag vill uppmuntra alla, om tillfälle ges, att resa och uppleva palliativ vård i ett annat land.

Läs gärna mina dagboksanteckningar från tiden i Indien på annikainhyderabad.blogg.se ■



Annika Hallin

Konsultsjuksköterska och specialist-sjuksköterska
Palliativ vård och ASIH Lund
Division Primärvård, Skånevård Kryh