



Av Staffan Lundström
Överläkare Med dr
Palliativt Centrum Stockholms Sjukhem
Staffan.lundstrom@stockholmssjukhem.se

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som verkar för att successivt förbättra vården i livets slutskede. God palliativ vård i livets slutskede är en rättighet för alla, oavsett ålder, diagnos och vårdplats. I den här artikeln beskrivs registrets uppbyggnad och utveckling, hittillsvarande vetenskapligt arbete presenteras kortfattat, och aktuella resultat redovisas som speglar situationen för patienter i åldersgruppen 65 år och äldre i livets slutskede inom olika vårdformer.

Svenska Palliativregistret

– för en fortsatt utveckling
av den palliativa vården i Sverige

Drygt 62 procent av samtliga dödsfall som inträffar i landet registreras nu i Svenska Palliativregistret, och i vissa kommuner överstiger täckningsgraden 90 procent.

MÅLET MED PALLIATIV VÅRD är att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem i samband med en livshotande sjukdom, men hur vet vi om vi har lyckats nå målet? Palliativ vård i Sverige har hittills framför allt handlat om vård i livets slutskede, och en rofylld död för patienten, tacksamma anhöriga och nöjd personal tas ofta som intäkt för en god vårdkvalitet. Håller detta för en granskning av vårdkvaliteten i tider då uppdragsgivarna kräver siffror och nyckeltal för det mesta? Nej, sannolikt inte.

Svensk Förening för Palliativ Medicin (SFPM) bildade 2004 en grupp som fick i uppdrag att försöka skapa ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård. Fokus sattes på det palliativa vårdinnehållet under den sista veckan i livet, och med inspiration från *British Geriatrics Society* utgick vi ifrån ett antal att-satser som kan sägas beskriva den döende människans rättigheter¹. Två enkäter skapades. En enkät fylls i av vårdpersonalen efter varje dödsfall och speglar vården under den sista veckan i livet. Den andra enkäten fylls i av vårdenheten en gång per år och visar bland annat tillgång till resurser och skriftliga rutiner kring vården i livets slutskede².

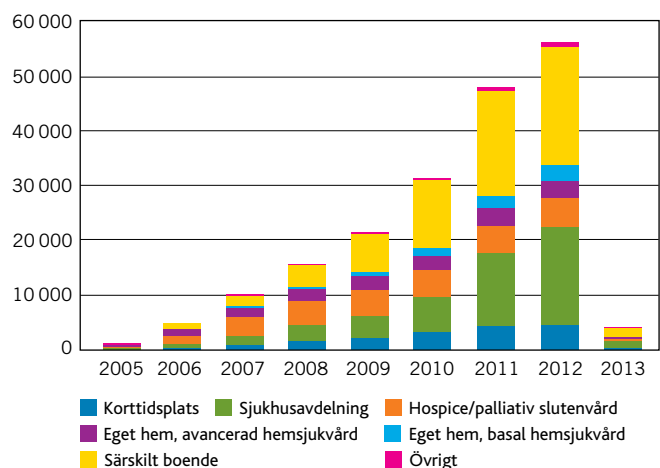
Sedan 2006 är Svenska Palliativregistret ett nationellt kvalitetsregister och har med stöd från bland annat Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet arbetat intensivt för att utveckla den palliativa vården i landet. Registret har fått del av den särskilda satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”, vilket har möjliggjort en ökad spridning och användning av Svenska Palliativregistret. Data från registret används för att fördela prestationsbaserade statsbidrag inom ramen för denna satsning.

Det dagliga arbetet i registret koordineras från ett kansli i Kalmar, och en multidisciplinär ledningsgrupp där registerhållaren ingår har det operativa ansvaret för registret. En referensgrupp med cirka 25 medlemmar som representerar olika yrkesgrupper och medicinska specialiteter, däribland geriatrik, träffas regelbundet för att diskutera det övergripande arbetet. Även företrädare för pensionärsorganisationerna finns med i referensgruppen.

God palliativ vård i livets slutskede är en rättighet för alla, oavsett var man vårdas och vilken diagnos man har. Drygt 62

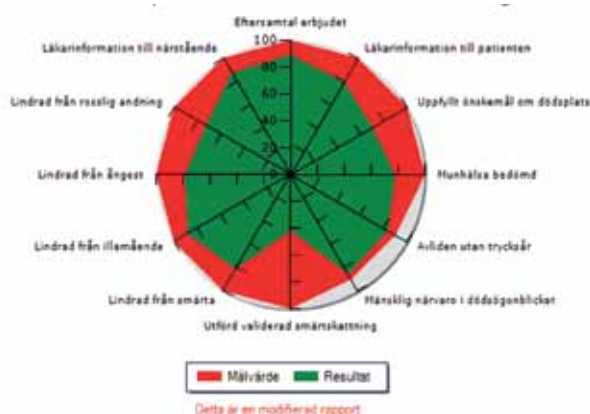
procent av samtliga dödsfall som inträffar i landet registreras nu i Svenska Palliativregistret, och i vissa kommuner överstiger täckningsgraden 90 procent. Målet är att samtliga dödsfall i landet ska registreras, men den huvudsakliga dataanalysen görs på de cirka 80 procent av dödsfallen som kan sägas vara förväntade och där allmän eller specialiserad palliativ vård kan bli aktuell. Samtliga kommuner och landsting har enheter som deltar i registret, totalt drygt 5 000 registrerande vårdenheter. Från att under de första åren huvudsakligen ha använts av specialiserade palliativa slutenvårdsenheter och avancerade hemsjukvårdsteam har majoriteten av registreringarna sedan 2009 gjorts i särskilda boenden och på sjukhus, där vi också vet att de flesta dödsfallen inträffar, se figur 1. Drygt 8 300 dödsfall registrerades inom den specialiserade palliativa vården under 2012 vilket motsvarar cirka nio procent av samtliga dödsfall i landet. Det bör påpekas att tillgången till specialiserad palliativ vård varierar stort över landet. I jämförelse med andra typer av vårdformer var det sjukhuskliniker som under 2012 gjorde den största procentuella ökningen av andelen registrerade dödsfall, och täckningsgraden där är nu 56 procent. Registrering av can-

Figur 1. Utvecklingen av antalet registrerade dödsfall i Svenska Palliativregistret sedan 2005, fördelat på olika vårdformer. Rapporten uttagen 2013-02-04.

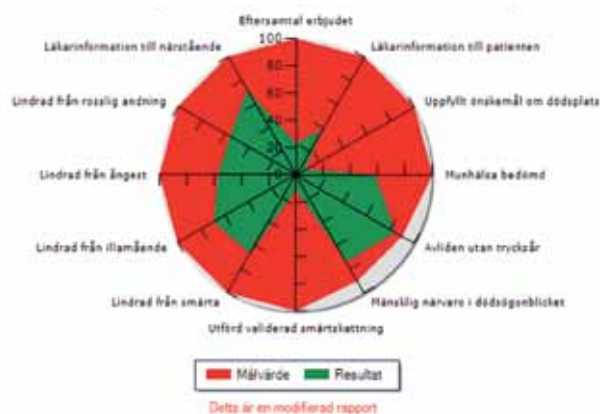


Resultat palliativ vård i livets slut i hela Sverige 2012-2013

Den röda färgen motsvarar målvärdet och den gröna färgen visar uppnådda resultat.



Figur 2. Resultat för specialiserad palliativ vård (både slutenvård och avancerad hemsjukvård), väntade dödsfall, samtliga diagnoser, åldersgrupp 65 år och äldre. Antal registreringar: 6 707 st.



Figur 3. Resultat för sjukhusavdelningar, väntade dödsfall, samtliga diagnoser, åldersgrupp 65 år och äldre. Antal registreringar: 13 260 st.

cerdödsfall i Svenska Palliativregistret är en av de nationella kvalitetsindikatorerna för cancersjukvården i landet och täckningsgraden för cancerdödsfall var 2012 drygt 85 procent.

Förutom stödet från statsmakterna har den omedelbara tillgängligheten till insamlade data och resultat varit viktiga framgångsfaktorer i registrets arbete. Ifyllandet av enkäterna sker online, och så fort data har matats in kan man ta ut rapporter som speglar olika aspekter av vården. En särskild utdataportal på registrets hemsida (www.palliativ.se) möjliggör för vårdpersonal, allmänhet och beslutsfattare att ta fram rapporter. Dessa kan sedan skraddarsys med olika urval för att till exempel visa resultat för en viss kommun eller vårdform under en viss tidsperiod, en viss diagnos eller en specifik åldersgrupp. Data kan bland annat presenteras i form av så kallade spindel-diagram, där resultaten av 12 olika parametrar relaterade till viktiga hörnstenar i den palliativa vården – symtomlindring, kommunikation, omvårdnad och närståendestöd – presenteras, se figur 2. Den röda färgen motsvarar målvärdet och den gröna färgen visar uppnådda resultat. Ju större grön yta, desto bättre resultat. Med hjälp av registrets resultat kan brister i den medicinska vården och omvårdnaden i livets slutskede identifieras, och detta kan i sin tur initiera förbättringsarbeten på den lokala vårdenheten. En jämförelse över tid på den egna enheten visar vilken effekt förbättringarna har haft, och man har även möjlighet att via utdataportalen jämföra sig med andra liknande verksamheter. I april varje år publiceras registrets årsrapport i samband med den årliga konferensen och viktiga resultat från det gångna året lyfts då fram och diskuteras.

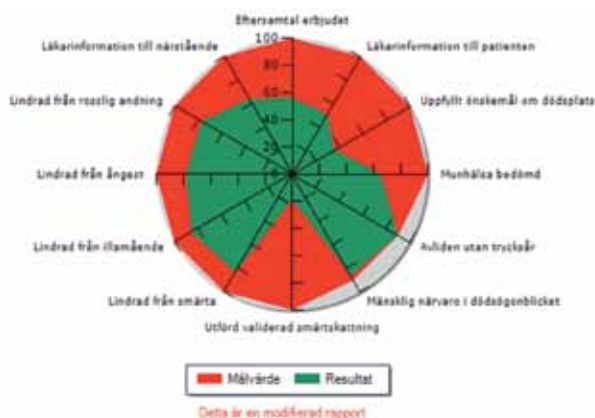
Vetenskapligt arbete

En hög täckningsgrad är en av förutsättningarna för att med större säkerhet kunna uttala sig om kvaliteten på vården i livets slutskede. Men minst lika viktigt är att insamlade data verkligen avspeglar kvaliteten på den vård som gavs, det vill säga att vi har valida data. En enkät som fylls i av vårdpersonalen efter dödsfallet och som inte samlar in patientupplevda data brottas per automatik med validitetsproblem. Därför har registrets in-

ledande vetenskapliga arbete i stor utsträckning fokuserat på frågan om validitet. En automatisk validitetskontroll avseende personnummer och ifyllda datum görs omedelbart efter registreringen. Registret tar bara emot data för människor med kompletta svenska personnummer. Samkörning med befolkningsregistret varje vecka och årligen med dödsorsaksregistret görs också i valideringssyfte.

En journalstudie på 169 patienter som avlidit på en specialiserad palliativ enhet visade god överensstämmelse mellan dokumenterade journaldata och vad som registrerades i dödsfallsenkäten för merparten av frågorna³. Man fann bristande överensstämmelse för frågor kring brytpunktssamtal, informationsöverföring och grad av symtomlindring vilket föranledde en revision av enkäten 2011. I den nya versionen lyfts journaldokumentation av ovanstående fram. Nyligen genomfördes en uppföljande valideringsstudie av den reviderade enkäten på en specialiserad palliativ enhet där data är under bearbetning. Under våren genomförs också en valideringsstudie på 450 journaler från 45 olika representativa enheter över hela landet där data från journaler jämförs med vad som registrerats i dödsfallsenkäten. Vi har i en annan journalstudie kunnat visa att fungerande dokumentationsrutiner för viktiga vårdåtgärder i livets slutskede saknas på många enheter, något som riskerar försämra vårdkvaliteten för den enskilde patienten då viktig information kanske inte överförs mellan olika vårdgivare och inom personalgruppen⁴.

Vilken inverkan har ett aktivt deltagande i Svenska Palliativregistret på vården i livets slutskede? Blir vårdinnehållet bättre över tid? Vi har analyserat data över en treårsperiod från över 30 000 patienter på drygt 500 enheter och bland annat funnit en minskad förekomst av besvärande symtom, en ökning av andelen patienter som har en ordination av injektionsläkemedel vid behov mot vanliga symtom, och en ökad andel närstående som erbjuds efterlevandesamtal⁵. I en studie baserad på fokusgruppsintervjuer med 12 sjuksköterskor inom den kommunala vården framkom att den feedback som arbetet med registreringen gav ökade medvetenheten om vårdinne-



Figur 4. Resultat för särskilt boende och korttidsboende, väntade dödsfall, samtliga diagnoser, åldersgrupp 65 år och äldre. Antal registreringar: 23 757 st.

hållet och ledde till åtgärder som förbättrade vårdkvaliteten⁶. Ytterligare studier av effekter av olika interventioner pågår både på sjukhus och inom kommunala boendeformer.

Effekterna av ett brytpunktssamtal studerades genom att jämföra registerdata från cirka 1 200 cancerpatienter som fått ett sådant samtal med en matchad grupp av lika många patienter som inte haft ett brytpunktssamtal. Förekomst av ordinerade injektionsläkemedel mot smärta, ångest, rosslighet och illamående var signifikant högre i den informerade gruppen, de dog oftare på en önskad plats och hade närstående som i högre utsträckning erbjöds efterlevandesamtal. Däremot var det ingen skillnad i förekomsten av ej helt lindrade symtom⁷.

Registerdata har också påvisat skillnader i vårdinnehåll mellan olika diagnosgrupper. Genom att jämföra resultat från patienter som avlidit till följd av en hjärtsjukdom med data från patienter som avlidit av en cancersjukdom har man kunnat visa att cancerpatienter och deras närstående i högre grad har haft informerande samtal med ansvarig läkare, att cancerpatienter har en högre andel vidbehovsordinationer i injektionsform mot vanliga symtom, att de oftare dör på en önskad plats och att patienter som avlider av en hjärtsjukdom betydligt mer sällan vårdas inom specialiserad palliativ vård⁸. En liknande studie pågår där patienter som avlidit till följd av stroke jämförs med cancerpatienter.

Svenska Palliativregistret samlar in data som skattas och registreras av vårdpersonalen, men det är angeläget att också fånga patientupplevda data. Just nu pågår tester av en prospektiv modul där patienter i samband med poliklinisk läkarkontakt via en dator får svara på frågor som anknyter till frågorna i dödsfallsenkäten. Detta möjliggör studier av longitudinella patientskattade data och ger också omedelbar feedback i viktiga frågor till mottagningsläkaren i samband med besöket. En kommande studie med kvalitativ ansats kommer att belysa patienters och läkares upplevelser av att använda ett sådant frågeformulär.

För att underlätta för externa forskare att använda data från Svenska Palliativregistret håller vi på att ta fram en web-

baserad blankett för ansökan om datauttag. Redan idag hjälper registret till med datauttag som efterfrågas i samband med verksamhetsuppföljningar, förbättrings- och utvecklingsprojekt.

Svenska Palliativregistret vill underlätta och stimulera en fortsatt utveckling av den palliativa vården. En särskild satsning görs nu på att stimulera den palliativa forskningen i landet. Hösten 2012 träffades ett trettiotal disputerade forskare på Arlanda för ett heldagsmöte och viktiga frågeställningar samt möjliga studier som baseras på palliativregisterdata diskuterades. Utifrån detta har en mindre multiprofessionell forskargrupp bildats som under våren kommer att ta fram förslag på konkreta forskningsstudier.

Aktuella resultat

Gäller väntade dödsfall under kvartal 1-2012 till kvartal 1-2013, åldersgrupp 65 år och äldre

• Brytpunktssamtal med patient/boende

Tittar vi på frågan om det i journalen fanns ett dokumenterat informerande läkarsamtal, ett så kallat brytpunktssamtal, ser vi i åldersgruppen 65 år och äldre att det på sjukhusavdelningar fanns i strax under 30 % av registreringarna, oavsett diagnos. Andelen "Vet ej"-svar minskar över tid, vilket är positivt. Motsvarande siffra inom särskilt boende och korttidsboende är drygt 35 %, en högre siffra jämfört med sjukhusavdelningar trots att boende som sedan länge mist sin förmåga att uttrycka sin vilja är inkluderade. Resultatet för den specialiserade palliativa vården ligger strax under 80 %.

• Brytpunktssamtal med närstående

Informande samtal med närstående till patienter i åldersgruppen 65 år och äldre förekommer på sjukhus i cirka 70 % av fallen. Även här är trenden ett minskat antal "Vet ej"-svar. Inom särskilt boende och korttidsboende ges informationen i drygt 60 % av fallen till närstående. Närstående får alltså ofta information, men den ges i betydligt mindre omfattning till patienter på sjukhus och till boende.



• Närvaro i dödsögonblicket

I strax under 25 % av fallen avlider patienten ensam på sjukhusavdelningar. Motsvarande siffra för särskilt boende och korttidsboende är 12 %. Det är en högre andel närstående som närvarar vid dödsfall på sjukhus jämfört med på boenden; där är det i stället personalen som är närvarande. Den höga andelen äldre som avlider ensamma på sjukhus bör stämma till eftertanke.

• Dropp/sondtillförsel av vätska eller näring sista dygnet i livet

Cirka 40 % av patienterna som dör en förväntad död och som avlider på sjukhus har dropp eller sondtillförsel under sista dygnet i livet. För patienter som avlider på boenden är motsvarande siffra 3 %. Studier som visar på effekter/bieffekter av sådan droppbehandling i livets absoluta slutskede pågår inom ramen för registret

• Smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument sista veckan i livet

Drygt 10 % av patienterna som avlider på sjukhus smärtskattas under sista veckan i livet. Detta ska jämföras med 20 % inom särskilt boende och korttidsboende samt 45 % inom den specialiserade palliativa vården. Siffrorna ökar marginellt om enbart patienter som avled till följd av en cancersjukdom studeras, trots att smärtskattning är en nationell kvalitetsindikator inom cancersjukvården.

• Erbjudande om efterlevandesamtal

I cirka 20 % av fallen erbjuds närstående till patienter som avlidit på sjukhus ett efterlevandesamtal. Siffran ökar till 30 % vid cancerdödsfall. Andelen ”Vet ej”-svar är högt, cirka 40 %. Motsvarande andel som erbjudits efterlevandesamtal på särskilt boende och korttidsboende, oavsett diagnos, är 55 %.

• Ordination av injektionsläkemedel vid behov mot smärta, illamående, ångest och rosslighet

För läkemedel mot smärta ser vi en hög andel ordinationer, cirka 90 % på både sjukhus och boenden. Siffrorna sjunker betydligt för vid behovs läkemedel mot illamående, cirka 40 % på sjukhus och 55 % i boenden. Mot ångest finns vid behovs läkemedel ordinerade i cirka 70 % av fallen på sjukhus och 80 % på boenden. Slutligen rosslighet där siffran är 75 % för sjukhus och 85 % för särskilt boende och korttidsboende.

• Sammanlagda resultat för palliativ vård i livets slut

Figur 3 och 4 på föregående sida visar spindeldiagram för patienter 65 år och äldre som avled på sjukhus respektive inom särskilt boende och korttidsboende. Resultaten kan jämföras med den specialiserade palliativa vården i figur 2.

Diskussion

Svenska Palliativregistret har på relativt kort tid etablerats som ett viktigt nationellt kvalitetsregister. Med stöd från SKL och Socialdepartementet har täckningsgraden ökat snabbt och idag registreras drygt 60 procent av samtliga dödsfall i landet. För cancerdödsfallen är motsvarande siffra 85 procent, och lika hög är täckningsgraden för människor som avlidit med en demensdiagnos. Fler än 5 000 vårdenheter deltar i arbetet. En hög täckningsgrad medför dock inte automatiskt en hög vårdkvalitet. Registret vill stödja den fortsatta utvecklingen av palliativ vård, oavsett var och till vem den ges. Via hemsidan erbjuds kunskapsstöd och registrets medarbetare medverkar i lokala utbildningar. Runt om i landet pågår förbättringsarbeten som initierats av registerresultat, och registrets utdataportal möjliggör för både vårdpersonal och beslutsfattare att ta fram rapporter och följa arbetet. Parallellt med detta pågår ett vetenskapligt arbete som i nuläget fokuserar på validitetsstudier och studier av effekter av olika vårdåtgärder. Sju artiklar har publicerats i vetenskapliga tidskrifter sedan 2011 och registret har bildat en forskargrupp för att stimulera den palliativa forskningen i landet.

Som framgår av resultaten som presenterats i denna artikel finns stora möjligheter att förbättra vården i livets slutskede. Den specialiserade palliativa vården är som förväntat bäst i klassen, men måste på ett mycket mer effektivt sätt hitta vägar att nå ut med sin kunskap och sina erfarenheter till den ordinarie sjukvården; över 90 procent av dödsfallen i landet inträffar idag utanför den specialiserade palliativa vården. Särskilt stor är utmaningen att nå ut till sjukhusklinikerna, som år efter år visar att det finns stora utrymmen till förbättring. Förutom att arbeta för ett ökat inslag av palliativ medicin och vård på grundutbildningarna kan en möjlig väg vara att verka för palliativ konsultverksamhet på våra akutsjukhus. En samstämmig internationell erfarenhet pekar på vinster inte bara i form av förbättrad symtomlindring och ökad livskvalitet för patienter, utan även minskade kostnader för akutsjukvården. Den specialiserade palliativa vården kan inte längre sitta still på sin vackra

kammare utan måste ut och möta behoven bland patienter och boenden, oavsett var behoven finns. Svenska Palliativregistret vill stödja en sådan utveckling och arbetar för att kunna identifiera och avhjälpa brister som finns i den medicinska vården och omvårdnaden i livets slutskede. <<

Referenser

1. British Geriatrics Society. Palliative and End of Life Care for Older People. Good Practice Guides 26. 2006. Tillgängligt på www.bgs.org.uk
2. Lundström S, Axelsson B, Heedman PA, Fransson G, Furst CJ. Developing a national quality register in end-of-life care: The Swedish experience. *Palliat Med.* 2012 Jun;26(4):313-21
3. Martinsson L, Heedman PA, Lundström S, Fransson G, Axelsson B. Validation study of an end-of-life questionnaire from the Swedish Register of Palliative Care. *Acta Oncologica* 2011 Jun; 50 (5): 642-7.
4. Gholiha A, Fransson G, Furst CJ, Heedman PA, Lundström S, Axelsson B. Stora luckor i journaler vid vård i livets slutskede. *Journaluppgifter saknas för data inrapporterade till Palliativregistret. Läkartidningen* 2011, Apr 20-Maj3; 108 (16-17):918-21.
5. Martinsson L, Furst CJ, Lundström S, Nathanaelsson L, Axelsson B. Registration in a quality register: a method to improve end-of-life care - a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012;2(4):e001328.doi:10.1136/bmjopen-2012-001328
6. Lindblom AK, Bäck-Pettersson S, Berggren I. A quality registers impact on community nurses' in end-of-life care - a grounded theory study. *J of Nursing Management*, 2012, 20, 206-214
7. Lundqvist G, Rasmussen BH, Axelsson B. Information of imminent death or not - does it make a difference? *J Clin Oncology* 2011; Oct 10, 29 (29): 3927-31.
8. Brännström M, Hägglund L, Furst CJ, Boman K. Unequal care for dying patients in Sweden - A comparative registry study of deaths from heart disease and cancer. *Eur J Cardiovascular Nurs* 2012 Dec; 11(4):454-9

Detremin – flexibel behandling av D-vitaminbrist

Med Detremin™ kan du behandla D-vitaminbrist en gång i veckan eller en gång per dag.¹

Dropparna är enkla att svälja och oljelösningen bidrar till att dosen lätt tas upp i kroppen². Varje droppe innehåller 667 IE och varje ml 20 000 IE.



Referenser: 1. Detremin SPC 2011. 2. Grossmann E et al. Evaluation of vehicle substances on vitamin D bioavailability: A systematic review. *Mol Nutr Food Res.* 2010 August; 54(8):1055-1061.

Detremin har 5 års hållbarhet och innehåller inget konserveringsmedel.

Detremin (kolekalciferol, vitamin D3) (A11CC05) Rx (F). **Indikation:** Behandling av vitamin D-brist eller vitamin D-insufficiens. Detremin ingår i läkemedelsförmånen från och med 120531 med följande begränsning: Detremin ingår i läkemedelsförmånen endast till patienter som ska behandlas med ≥ 1.000 IE D-vitamin per dag och som inte behöver kalciumtillskott. **Beredningsform:** Orala droppar, lösning 20 000 IE/ml. Produktresumén uppdaterad 2011-08-26. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se. Renapharma AB, Box 938, 751 09 Uppsala, telefon: 018-700 11 40, www.renapharma.se. Feb 2013



Huvudbyggnaden Lunds universitet

Stor FoUU-satsning inom palliativ medicin i Skåne

ETT NYTT PALLIATIVT kompetenscentrum med rejäl akademisk tyngd öppnar i Lund under 2013. Det är Carl Johan Fürst, professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet och överläkare vid Stockholms Sjukhem, som fått uppdraget att från grunden bygga upp, och sedan leda verksamheten.

Initiativet till att starta ett *Palliativt centrum för forskning och utveckling* kom 2011 från Crafoordska stiftelsen som bestämt sig för att donera pengar till en professur och ett forsknings- och utvecklingscenter.

– Stiftelsen hade villkorat gåvan om 7,5 miljoner med så kallade *matching funds*, dvs att Region Skåne och Lunds universitet bidrar med en motsvarande summa, förklarar Carl Johan Fürst. Något man accepterade. Det innebär att centret också är något av ett joint venture mellan region och universitet.

Sedan tidigare finns det två palliativa kompetenscentrum, ett i Uppsala och ett i Östergötland. Det senare beläget i Linköping. Emellertid kommer det skånska centret ha en betydligt mer akademisk och kunskapsgenererande orientering med fokus på spetsforskning inom palliationen.

Professuren gick alltså till Carl Johan Fürst som i egenskap av chef har arbetat med förberedelserna under 2012. Formellt öppnade centret den 11 februari men en del arbete återstår innan man har en snurrande verksamhet; lokalfrågan är ännu inte helt löst och man är fortfarande mitt uppe i rekryterings-



Carl Johan Fürst, fick uppdraget att bygga upp och leda verksamheten vid det nybildade centret.

arbetet, bl a skall ytterligare en professur inrättas, en i palliativ omvårdnad.

– Större delen av våren kommer nog att krävas för att leta efter medarbetare, förklarar Carl Johan Fürst vidare. Vi söker bl a efter doktorander och disputerade forskare inom olika kompetensområden, men vi behöver även handledare. De måste inte nödvändigtvis anställas. Avgörande är att det finns ett intresse av att bidra och av att vilja knytas till verksamheten.

Carl Johan Fürst förklarar att uppbyggnaden av centret handlar minst lika mycket om att skapa ett nätverk av engagerade och hängivna aktörer.

– Det är inte meningen att centret i sig skall stå för allt, menar han, avsikten är snarare att vi skall utgöra ett nav och en motor i den palliativa kunskapsutvecklingen. I nätverket ingår bl a redan högskolorna i Malmö och Kristianstad samt Blekinge Tekniska Högskola.

Carl Johan Fürst är givetvis glad att det inom regionen redan bedrivs en hel del spännande palliativt inriktad forskning och utveckling, inom exempelvis onkologi, geriatrik och primärvård.

– Men det behövs en samlande struktur och det är här som *Palliativt centrum för forskning och utveckling* kan fylla en funktion, säger Carl Johan Fürst avslutningsvis. <<

Av Magnus Forslin



När patienten söker för ständig värk, tänk då på att de i seniorklassen har särskilda behov.

Många i seniorklassen besväras av ständig värk orsakad av artros.¹ En del behandlas med flera läkemedel samtidigt som några har svårt att komma ihåg att ta sin medicin. En sak har alla i seniorklassen gemensamt – de är mer känsliga för läkemedel och dess biverkningar.²

Norspan® (buprenorfin) ger patienten möjlighet till en aktiv vardag genom en jämn och effektiv smärtlindring när en opioid krävs för tillräcklig effekt.^{3,4} Behandlingen med ett plåster som byts en gång i veckan är enkel, vältolererad och ger god compliance.⁵⁻⁹ **Norspan innehåller en opioid i låg dos.**

Indikation: Behandling av icke maligna smärtor av måttlig intensitet när en opioid krävs för att uppnå tillräcklig smärtlindring. Norspan® är inte lämpligt för behandling av akuta smärttillstånd. Analgetikum, N02AE01. ♦ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Depotplåster 5 µg/t, 4 st, 10 µg/t, 4 st och 20 µg/t, 4 st. **R.s., F.** Texten är baserad på produktresumé: 2009-11-10. ©: Norspan är ett registrerat varumärke. För mer viktig information och pris se www.fass.se

Referenser: 1. Auret K, Schug SA. *Drugs Aging* 2005; 22(8):641–54. 2. Fastbom J. *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber AB; 2001. 3. Schutter U et al. *MMW Fortschr Med*. 2008; 150 (Suppl 2):S96–103. 4. Norspan produktresumé, 2009-11-10. 5. Likar R et al. *Clin J Pain*. 2008; 24 (6):536–43. 6. Budd K. *Int J Clin Pract Suppl* 2003; 133:S9–S14. 7. Kress HG. *Eur J of Pain*. 2009; 13:219–30. 8. Pergolizzi J et al. *Pain Pract*. 2008; 8(4):287–313. 9. Vadivelu N, Hines RL. *Clin Interv Aging*. 2008; 3 (3):421–30.



Mundipharma AB • Mölndalsvägen 30B • 412 63 Göteborg
Tel 031-773 75 30 • www.mundipharma.se

Norspan®
(buprenorfin)

Jämn smärtlindring i 7 dagar med ett plåster

Symptom i palliativ vård

– får vi helheten genom att mäta delarna?



Ett samtal med professor Carol Tishelman