

Palliativ vård vid hjärtsvikt



Johannes Linke

Specialist i kardiologi, geriatrik och internmedicin

Vo Kardiologi, Södersjukhuset



Palliativ vård vid hjärtsvikt?



Palliativ vård vid hjärtsvikt?

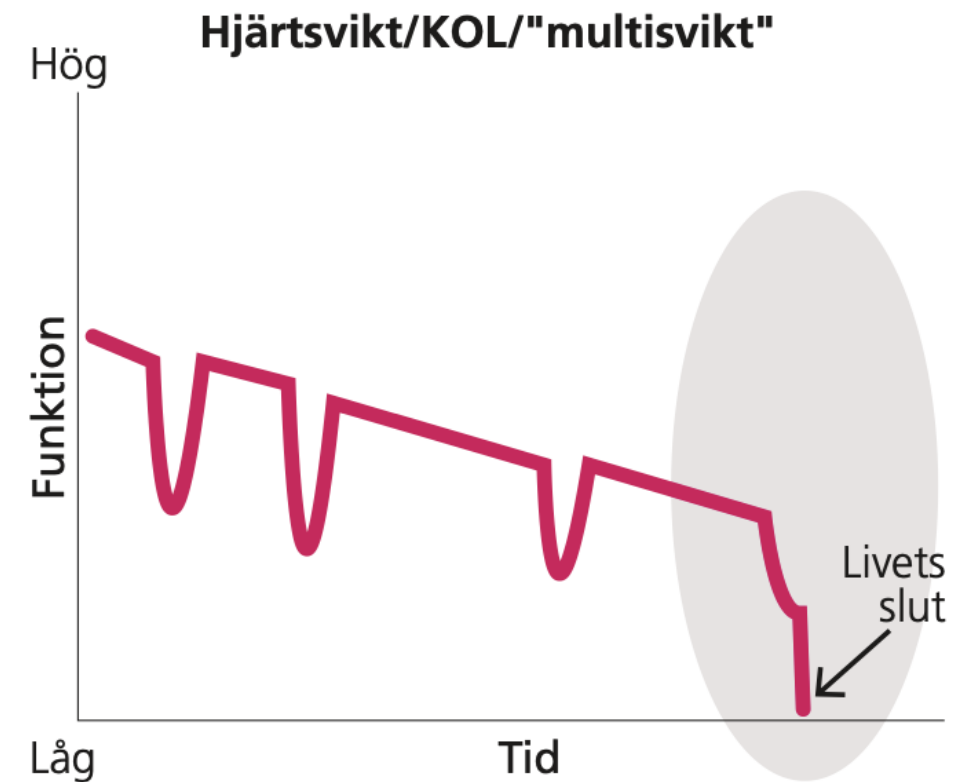
Ett **förhållningssätt** för att kunna förbättra livskvaliteten för patienter och närstående ...

genom att förebygga och lindra lidandet genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom

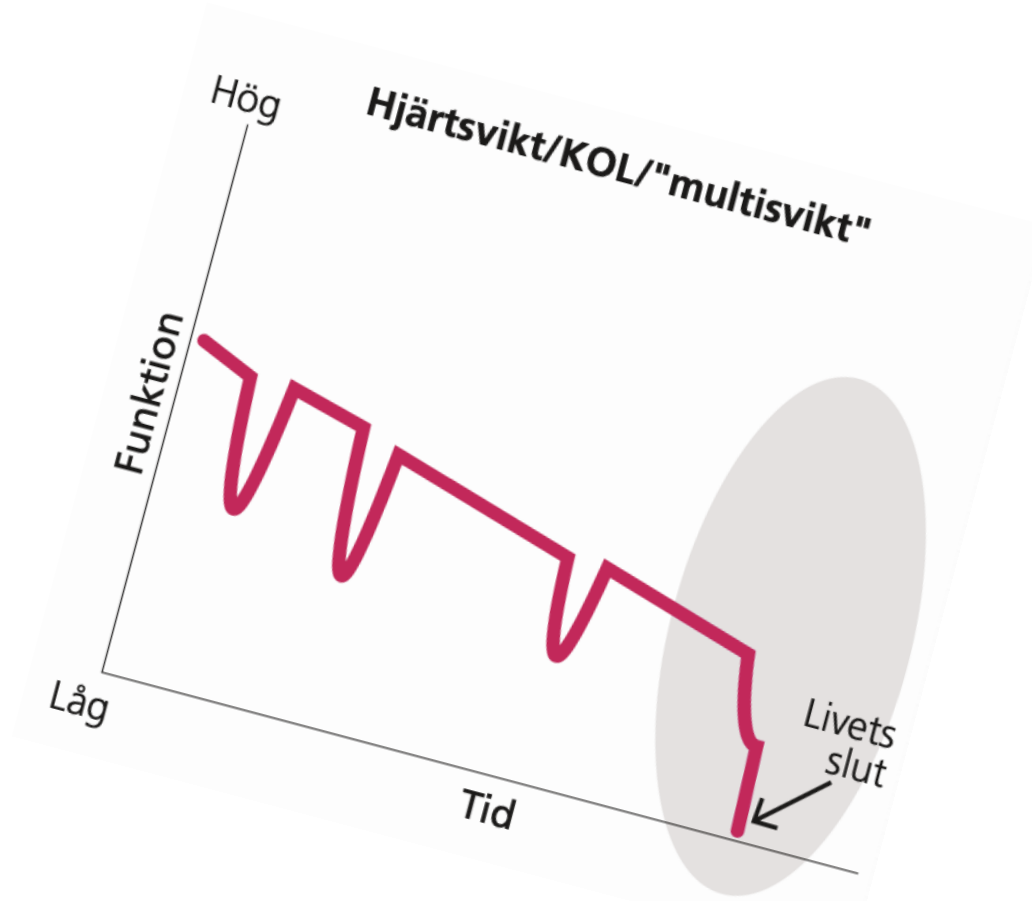


Vårdförlopp vid hjärtsvikt

- Långvarig funktionsbegränsning med skov av försämring (berg och dalbana)
- Svårt att veta vart i förloppet patienten befinner sig
- Patient och närstående är många gånger inte medveten om sjukdomens allvarlighet



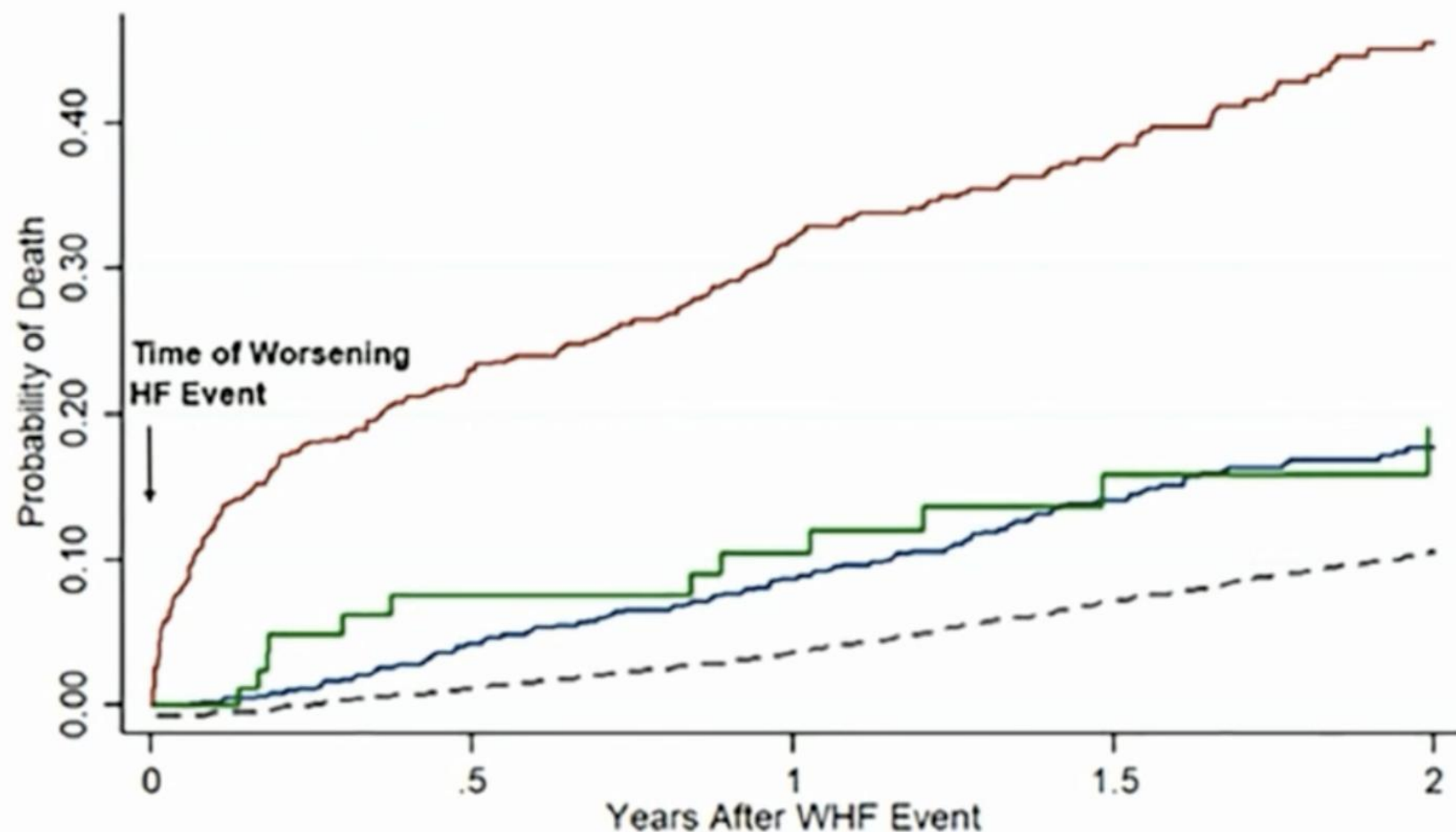
Hur identifiera palliativa vårdbehov hos hjärtsviktpatienter?



Observations from clinical trials

Outpatient Worsening Among Patients With Mildly Reduced and Preserved Ejection Fraction

Death Following First Worsening HF Event



Death After HF Hospitalization (n=232):
IR: 35(31-40) per 100py

Death After Urgent HF Visit (n=12):
IR: 10(6-18) per 100py

Death After Outpatient Diuretic
Intensification (n=122):
IR: 10(8-12) per 100py

Death Without Worsening HF Event (n=386):
IR: 4(3-4) per 100py

För att tillämpa ett palliativt förhållningssätt är det viktigt att identifiera palliativa vårdbehov tidigare i förloppet



1. Traditionell modell med tydlig brytpunkt



3. Modell vid hjärtsvikt – integrerade hjärtsviktsvård och palliativ vård



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-SE™)

SPICT-SETM används för att identifiera patienter vars hälsa försämras. Bedöm icke tillgodosedda stödjande och palliativa vårdbehov och planera vården.

Sök efter allmänna indikatorer på nedsatt eller successivt försämrat hälsotillstånd.

- Oplanerade sjukhusinläggningar.
- Nedsatt eller succesivt försämrad funktionsförmåga med begränsad återhämtning (till exempel patienten är bunden till säng eller stol under mer än hälften av dygnets vakna timmar).
- Beroende av andras omsorg p.g.a. tilltagande fysiska och/eller psykiska hälsoproblem.
- Den som vårdar den sjuke behöver mer hjälp och stöd.
- Progredierande viktnedgång, kvarstående undervikt eller låg muskelmassa.
- Kvarstående symtom trots optimal behandling av grundsjukdom(ar).
- Patienten (eller anhöriga/närstående) efterfrågar palliativ vård – hen/de väljer att begränsa, avsluta eller avstå behandling eller vill fokusera på livskvalitet.

Kriterier för övervägande av palliativ vård

- Uttalad nedsatt ejektionsfraktion (EF <20%)
- Kardiorenalt syndrom
- Refraktär vätskeretention
- Uttalad hypotension (systoliskt blodtryck <90 mmHg)
- Återkommande maligna arytmier eller ICD-chocker
- Oförmåga att tolerera indicerade läkemedel, eller behov av nedtrappning
- Upprepade oplanerade sjukhusinläggningar under kort tid
- NYHA klass III-IV trots optimal behandling
- Svår symtombörda (fysiskt, emotionellt eller existentiellt)
- Betydande skörhet, multimorbiditet eller kognitiv svikt
- Begäran från patient, närstående eller vårdteam om palliativ vård



Chronic Care

Crisis Care

Terminal Care

Supporting patients, families/informal caregivers.
Information, communication, shared decision making.

Diagnosis

Death

Samtal vid allvarlig sjukdom

Brytpunktsamtal

Död

Efterlevandestöd

År

Månader

Veckor

Dagar

Timmar

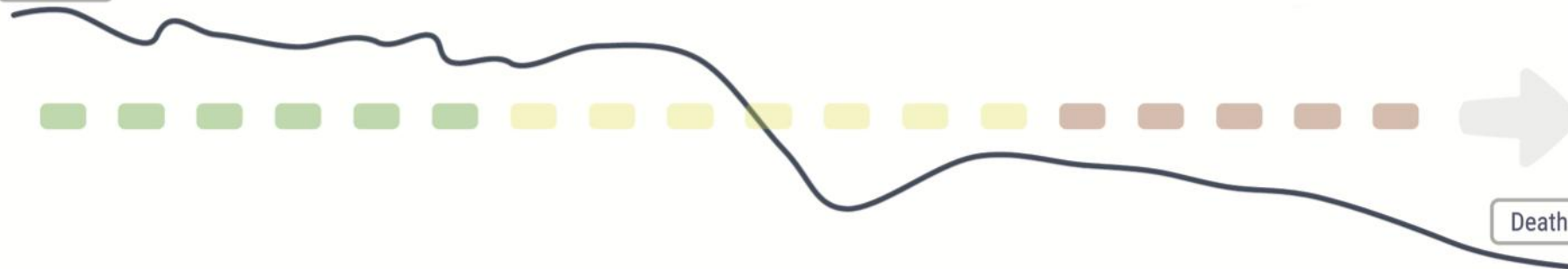
Chronic Care

Crisis Care

Terminal Care

Supporting patients, families/informal caregivers.
Information, communication, shared decision making.

Diagnosis



Death

Samtal vid allvarlig
sjukdom

Brytpunktsamtal

Död

Efterlevandestöd

Kommunikation **är avgörande !**

Vanligaste samtal kring prognos och situationens allvar?



Vanligaste samtal kring prognos och situationens allvar?

... samtal kring behandlingsningar



Att begränsa livsuppehållande behandling

Skäl att avstå från livsuppehållande behandling

- Patientens önskemål
- bedöms som utsiktslös
- bedöms som inte till gagn för patienten
(förväntas inte längre ge en nytta som väger tyngre än belastningen eller riskerna)



Att begränsa livsuppehållande behandling

Hur ska beslutsfattandet gå till?

 **Socialstyrelsen**

- "Patientens fasta vårdkontakt .. ansvarar för planering av vården i samråd med patienten.."
- Individuell medicinsk bedömning + patientens inställning
- Närstående med om möjligt (om patienten vill)
Viktigt om patienten inte kan vara med !



Att begränsa livsuppehållande behandling

Glöm inte vikten av att samtalet och dess dokumentation blir meningsfullt

- för patient och närstående
- vårdgivare



Viktiga ställningstaganden, viktiga samtal...

en möjlighet för samtal
mer än "Ej HLR"



Viktiga ställningstaganden, viktiga samtal...

- Samtal om framtiden, hur prioritera?
- Satsa eller avstå? Klaffåtgärd, PCI, device?
- ICD-samtal.. stt avstängning? Tex inför device-byte (CRT-D -> CRT-P)
- Planera för en hållbar social situation!
- Begränsa livsuppehållande behandlingar?



Om ICD deaktivering



ICD *...device deactivation?*

DAGENS
Medicin

Defibrillatorn chockar döende patient

Vid förväntade dödsfall får 25–30%
chock under sista 24 timmar i livet



Om ICD deaktivering

- En ICD kan vara livräddande, men hur och när bör man diskutera avstängning?
- Många patienten missuppfattar ICD:ens funktion
- Viktig att informera i god tid, i samband med implantation och generator byte
- Inaktivering med magnet
- Palliativa vårdbehov bör tillgodoses trots aktiv ICD



Vårdens mål i tidigt palliativ skede?

- Vad är viktig? För patienten!
- Prognostiskt målsättning
- Lindra symtom (GDMT !)
- Upprätthålla patientens funktion
- Upprätthålla sociala roller
- Upprätthålla patientens värdighet
- Mobilisera resurser – närståendepenning?



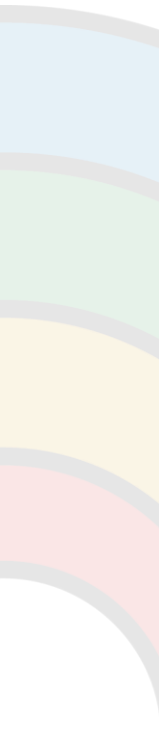
Personcentering och vårdlidande

- Sjukvårdens organisation saknar personcentrering
- Desorganiserad vårdkedja -> multipla och inte samordnade besök
- Bristande kontinuitet ("ny patient effekt")
- Bristfällig kommunikation mellan olika vårdgivare
- Polyfarmaci
- Bristande tillgänglighet

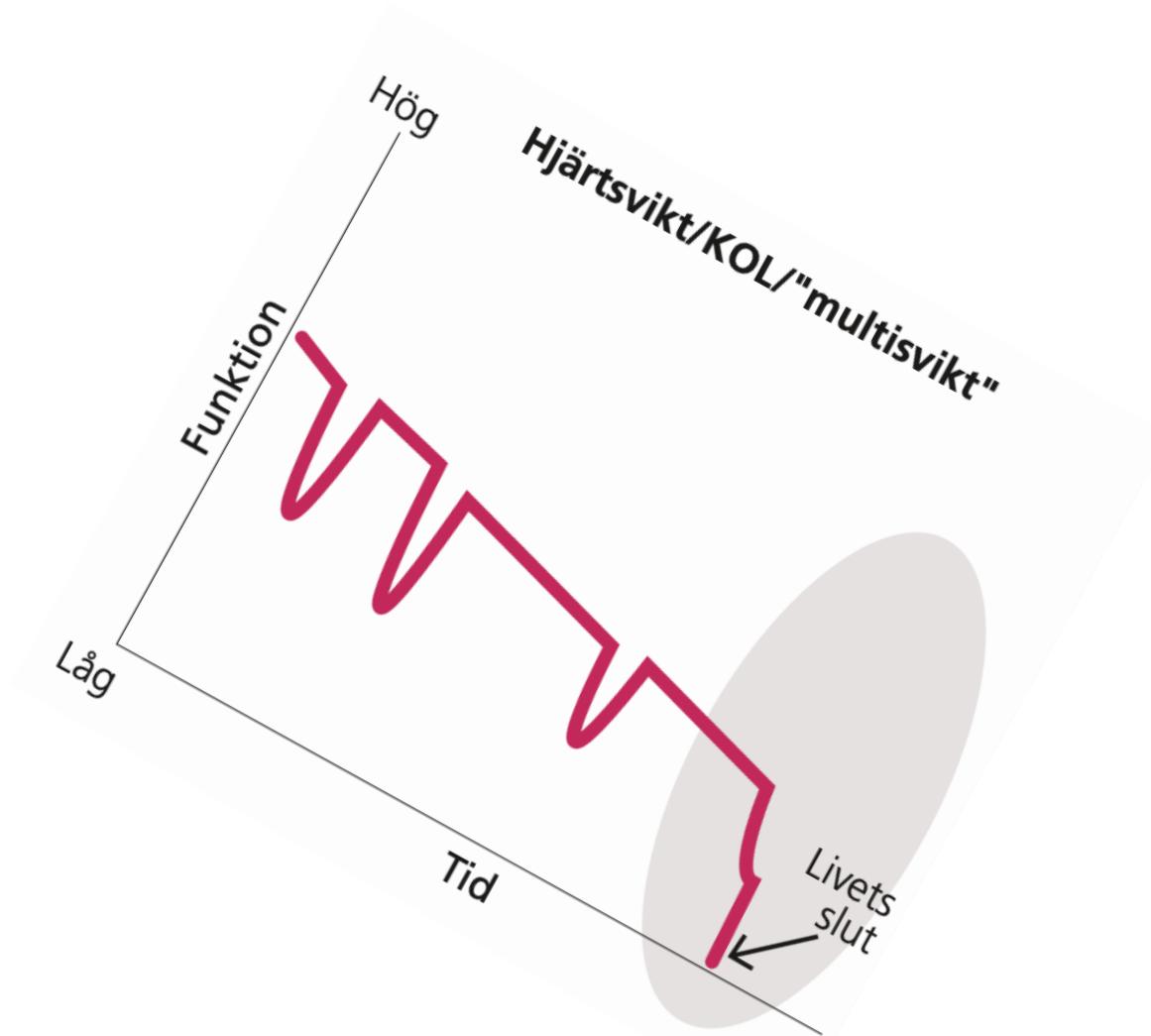


Skräddarsy vården - adekvat resursutnyttjande?

- Patientens förmåga?
- Följa på mottagning?
- Samarbeta och samordna
- Att vara tillgängligt när det behövs
(sviktkonsult, hjärtdagvård, direktinläggning)
- Egenvård - med stöd på distans (telemedicin)
- Patientnära vård? Primärvård, hemsjukvård, ASIH
- Avstår det som inte gör nytta



Tecken på att livets slut närmar sig



Tecken på att livets slut närmar sig

- Försämring trots optimering: tilltagande symtom sämre funktion (NYHA 4)
- Lågt och alls lägre blodtryck
- Svårbehandlade ödem, diuretikaresistens
- Kardiorenalt syndrom, stigande krea
- Lågt albumin och natrium
- Recidiverande pleuravätska/ascites
- Tilltagande komplikationer

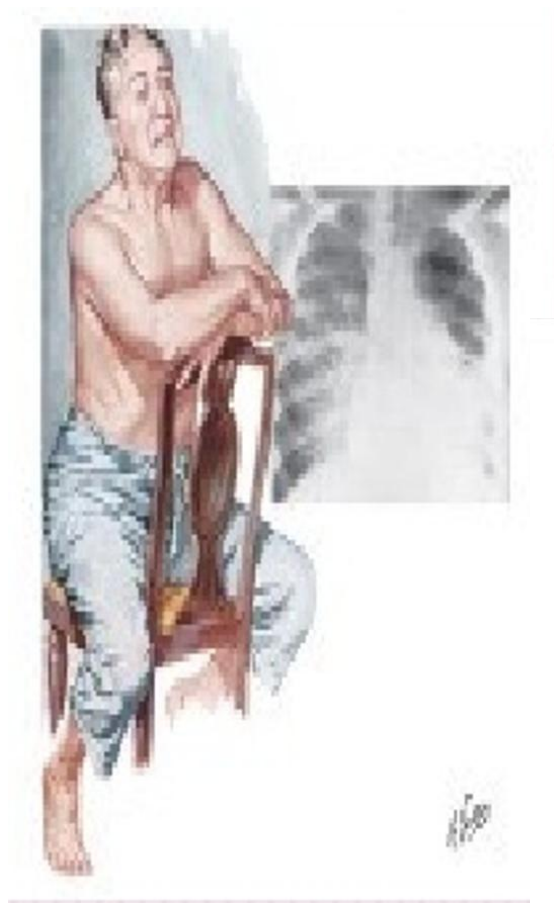


Hjärtsviktsvård i sent palliativ skede

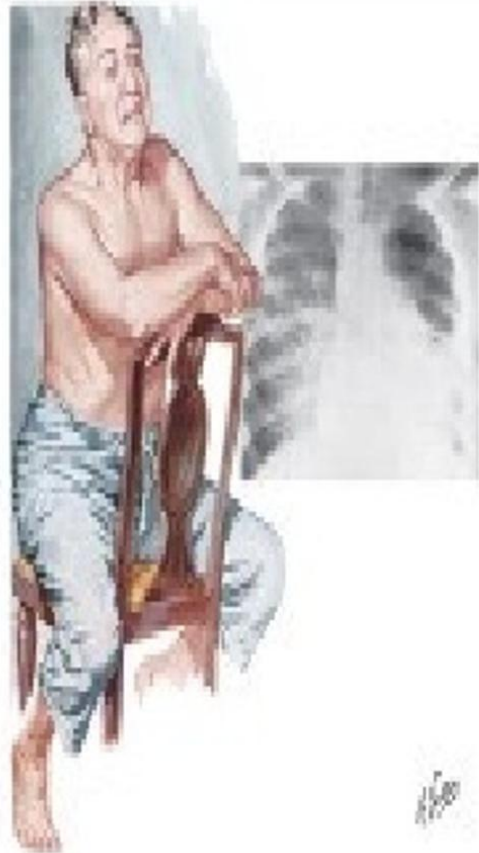
- De flesta perorala läkemedel kan avslutas
- Hjärtsviktsmediciner kan vara av värde, justerar dosen, fasa ut, avsluta
- Pleura- eller ascitestappning?
- Var ges bästa vården?
- Klarar patienten transport?
- Akutsjukhus, geriatrik, ASIH, SPSV, SÄBO?



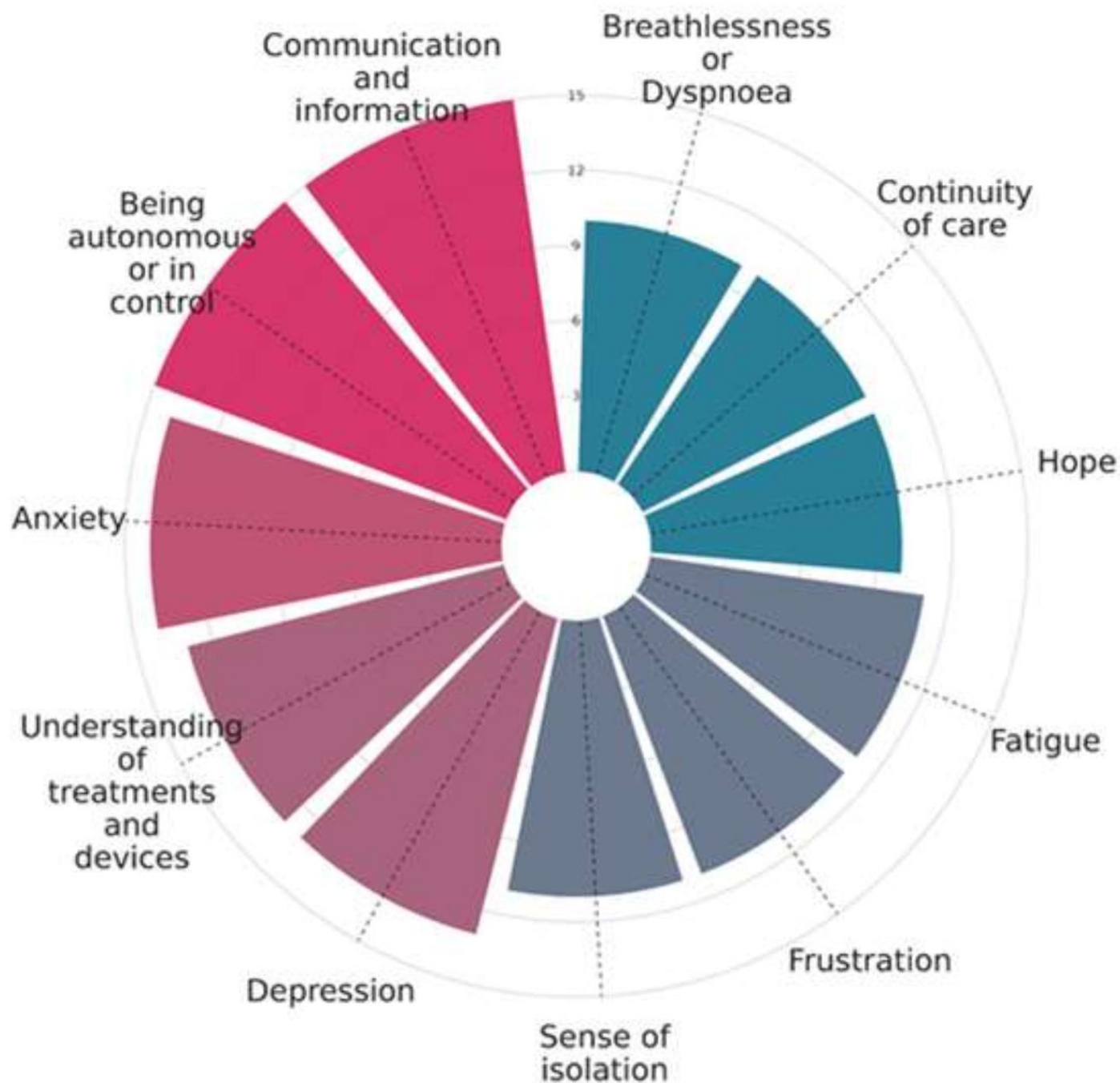
Symtomlindring?



Symtomlindring?



Rätt så likartade symtom
som hos andra patienter i livets
slutskede
...och ofta även mer symtomatisk!



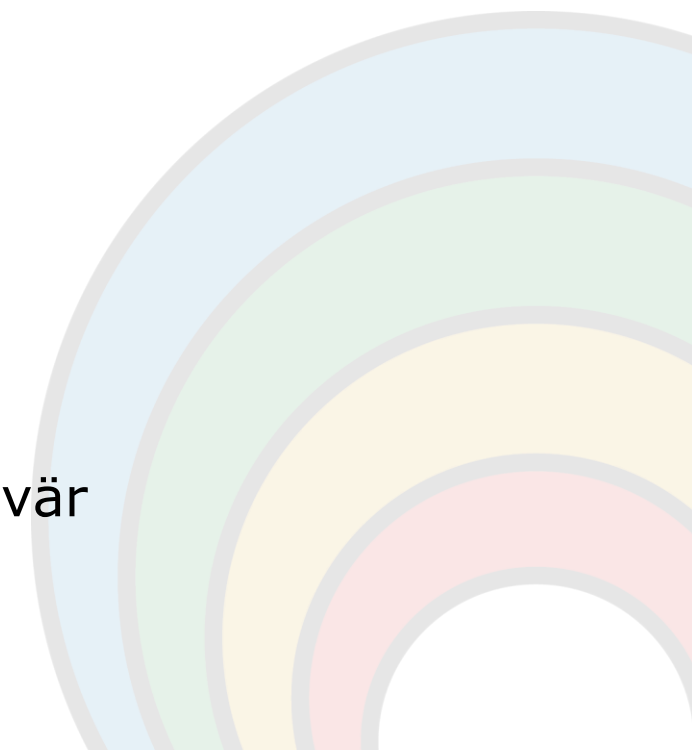
multidimensional needs
of patients with
advanced heart failure
and their caregivers

P a t i e n t f a l l



Jan 83 år

- Kronisk HFrEF sedan många år, LVEF 20–25 % men länge stabil
- Kunde promenera >30 min, klar och självständig, tidigare oberoende
- Stöd av anhöriga, nybliven morfar
- Hypertoni, hiatusbråck, CKD 3
- Betablocker utsatt pga långsamt FF
- Diskuterad för sviktpacemaker
- Ej tåld full hjärtsviktmedicinering pga lågt BT och magbesvär



Jan 83 år

- Inkommer efter avsvimning, blånad i ansiktet, bula i pannan
- Långsamt förmaksflimmer, EKO med EF 10-15%
- Erhåller en CRT-P
- Återinsatt betablockerare, justering av övrig sviktmedicinering
- Utskriven till geriatriken
- Utsatt sviktmedicinering pga lågt blodtryck (ARB, SGLT2i) och mardrömmar (betablocker)
- Därifrån hem med omfattande hemtjänst



Jan 83 år

- Ca två veckor senare till akuten pga försämrad dyspné
- Direktinlagt på geriatriken för sviktdekompensation
- IV Furix, ingen återinsättning av sviktmediciner
- Socialplanering → utskriven till korttidsboende



Jan 83 år

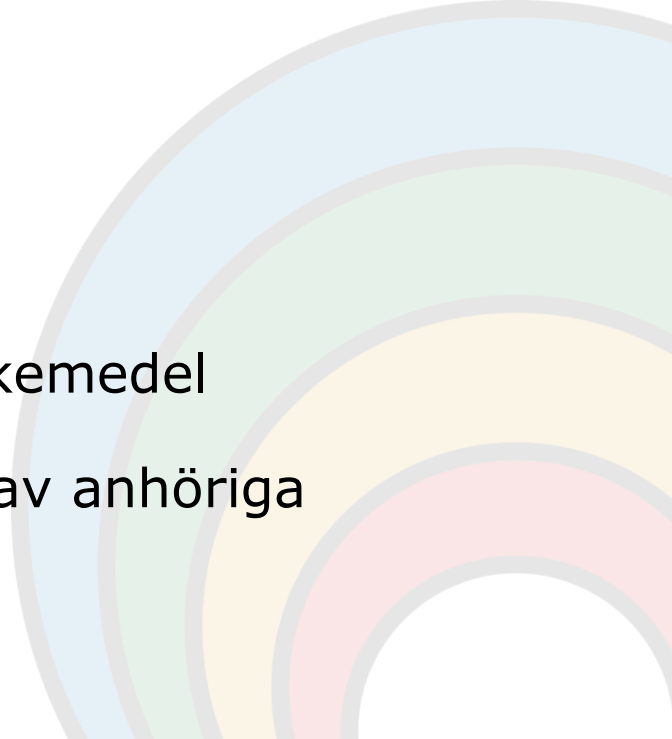
- Mindre än två veckor senare åter till akuten pga dyspné (NYHA 4)
- Telemetri med FF, VT-skurar och låg andel kammarpace
- Lungultraljud visar pleuravätska och stastecken
- Högt krea och kalium 6,7
- Samtal med pat och närvarande dotter om situationen
- Ställningstagande gällande livsuppehållande behandlingar: Ej HLR, ej resp
- Diskuteras för HIA-vård för Levosimendan och Glucos-Insulin dropp?
Dock platsbrist...
- IV Furix 8 ml x 3, återinsatt Atenolol (hydrofil betablockad) och SGLT2i

Jan 83 år

- Förbättras, ser piggare ut
- krea 204 -> 170
- På avdelning utfärdas intyget för närståendepenning
- Atenolol dosökas (-> hög andel kammar-pace)
- Nästa dag alls tröttare
- Anhöriga ha kommet från Skåne
- Nytt samtal, man överväga remiss till palliativ avd.



Jan 83 år

- Kommande dag ytterligare försvagat, brytpunktssamtal
 - Pat prata om sina tankar, om vad som kan vänta efter döden
 - Och framtiden, hospice?
 - Bedöms dock som för dålig för transport
 - Övergång till vård i livets slutskede på hjärtavdelning
 - Sover mer och mer, kräver endast små doser lindrande läkemedel
 - Tre dagar senare avlider pat. väl symtomlindrat i närvaro av anhöriga
- 

Sammanfattning

- Svårbedömt prognos – ofta sämre än vi tror
- Palliativa vårdbehov underskattas hos de allra flesta patienter med svår hjärtsvikt (mer än typiska sviktsymtom)
- Hjärtsviktpatienter har jämförbara symtom och behov som övriga patienter i livets slutskede
- Ändå fortsätter vården ofta utan plan..
- Kommunikation!
- Individualisera vårdens insatser – avstår från det som inte gör nytta



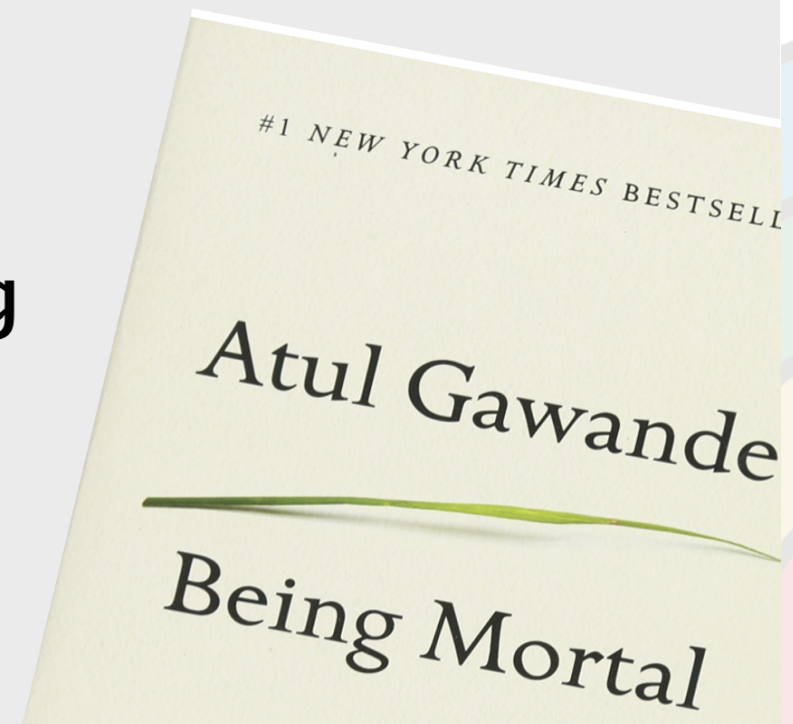
I livets slut pågå ofta meningslösa, kostsamma och ibland direkt skadliga behandlingsförsök – även under de sista dygnet och timmarna

Ofta tror vi att döden går att undvika bara man är på en tillräcklig hög vårdnivå

Förhållningssätt

„We’ve been wrong about what our job is in medicine. We think our job is to ensure health and survival.

But really it is larger than that. **It is to enable well-being.** And well-being is about the reasons one wishes to be alive“



Tack för uppmärksamheten

