

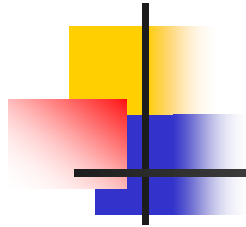
Erfarenheter av hjärtsvikt i palliativ vård

Anna Forssell

AHS-Viool

Skellefteå

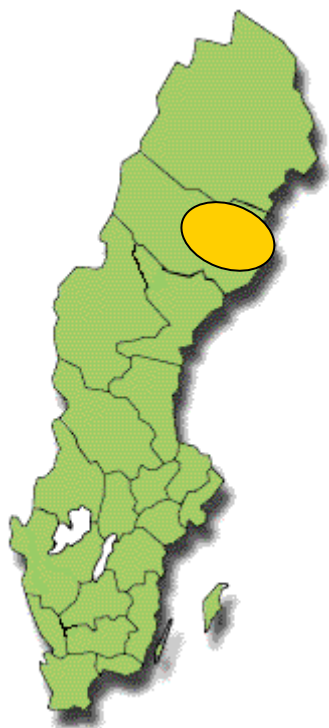
Hjärtsvikt i palliativ avancerad hemsjukvård



- AHS–Viool = Vård individuell omsorg och livskvalitet
- Team med sjuksköterskor (13), läkare (3), arbetsterapeut (1) och sjukgymnast (1)
 - Verksamhet dygnet runt
 - Ett telefonnummer
 - Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/Patientansvarig läkare
 - 4 palliativa vårdplatser på sjukhuset
 - Cancer, KOL, ALS och Hjärtsvikt



Skellefteå sjukvårdsområde



- 2 kommuner
- 77 000 innevånare
- 35 000 centralorten
- 11 x 11 mil
- 80% cancer
- 10-20% Hjärtsvikt (6pat)



Vad är palliativ vård?

De fyra hörnstenarna i palliativ vård

- Symtomkontroll i vid bemärkelse dvs.
 - fysiska, psykiska, sociala eller existentiella besvär
- Bred kompetens
 - Mångprofessionellt teamarbete
- God kommunikation och relation
 - Patient och anhöriga
- Stöd till närstående
 - Under sjukdomstiden och efter dödsfallet

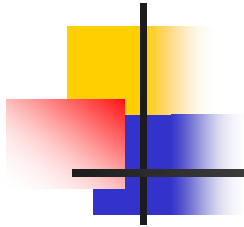
(SOU2001:6), Saunders, D.C. Into the valley in the shadow of death. A personal therapeutic journal. BMJ 1996;313:1601-3

Vilka patienter med hjärtsvikt ansluts till AHS-Viool?



- Vill vårdas hemma
- Svår hjärtsvikt, begränsad livssituation (NYHA klass 3b-4)
- Tydliga palliativa behov, t.ex. lindring av andnöd, smärta, ångest, ödem, ascites
- Flera vårdtillfällen
- Informerad om diagnos och prognos
- Behandlingsalternativ övervägda (sviktpace, klaffoperation)

Vård i sen palliativ fas vid hjärtsvikt



- Målsättningen med denna vård = optimal livskvalitet den tid som är kvar.
- Läkemedel som tidigare varit viktiga för prognosen kan försämra livskvalitén. Konflikt måldos-livskvalitet
- Tidsperspektivet kan vara kort, men är svårt att förutsäga

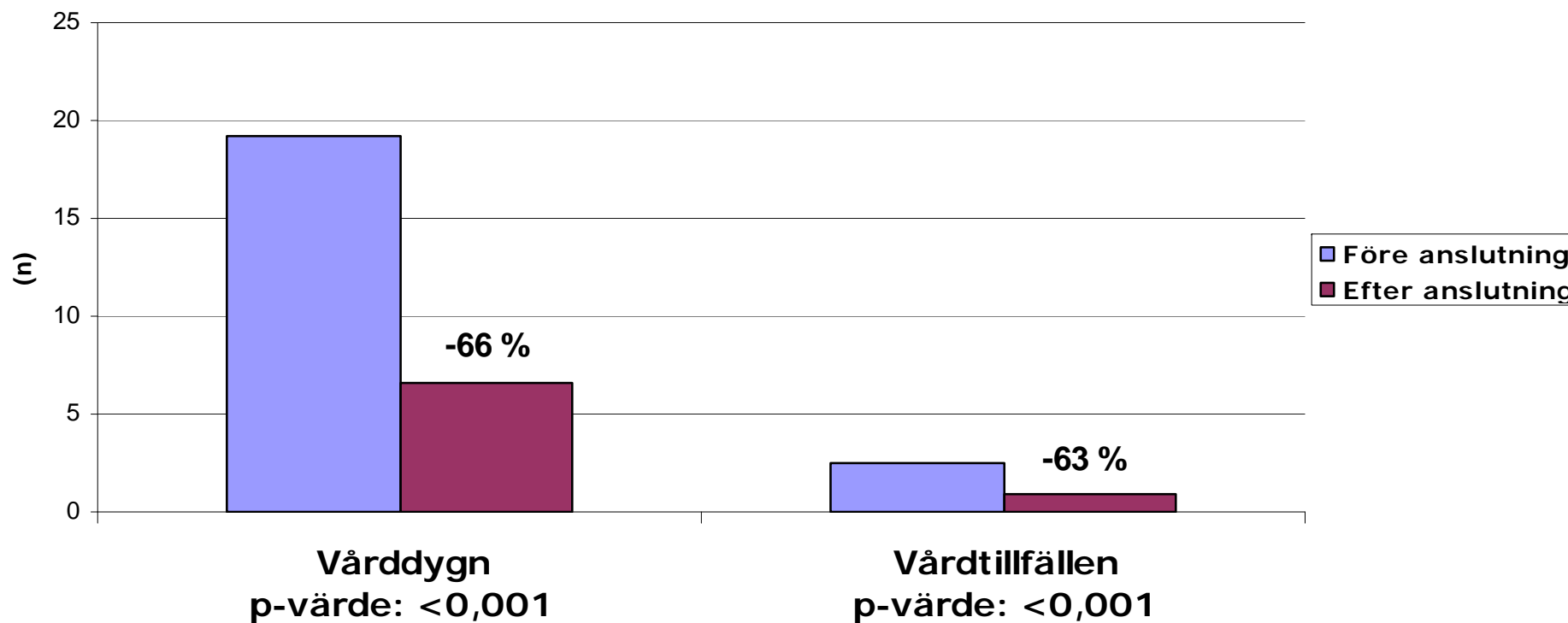


Erfarenheter vi gjort inom AHS-Viool

- Flera patienter lever längre än förväntat efter anslutning till AHS
 - Tillgängligheten god
 - Balansera behandling
 - Uppföljning och följsamhet påverkar prognosen (ESC guidelines, 2008)
- Sjukdomsförlopp med berg och dalbana
 - AHS möjliggör ett så gott vardagslivs som möjligt och utgör säkerhetsbältet för patient och anhöriga (Brännström 2007)
- Trots flera vårdtillfällen på sjukhus, få signaler från medicinkliniken. Inte ovanligt från primärvård, kommun eller patient/anhörig
- Anslutning till AHS minskad sjukhusvård med ca 60%

(Forssell & Boman, 2006)

Vårddygn och vårdtillfällen 90 dagar före resp efter anslutning till AHS-Viool 1997-2002 (n=32) (Forssell, Boman 2006)





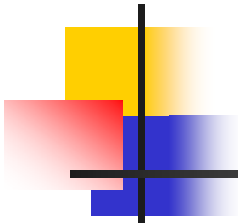
Hjärtsvikt - tillgång till palliativ vård

Patienter med hjärtsvikt - jämfört med patienter med lungcancer

- Sämre samordnad vård
- Sämre kontinuitet
- Sämre relation till en specifik vårdgivare
(Stewart 2002, Murray et al 2002)

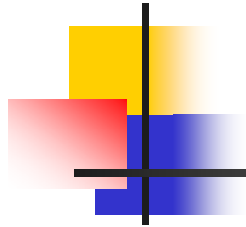
- Lägre tillgång till specialiserad palliativ vård
(Stuart 2007)

- I Sverige endast 10-30% annan diagnos än cancer i palliativa enheter
(Strang, 2005)



I Sverige endast 10-30% har annan diagnos än cancer i palliativa enheter (Strang, 2005)

- Hur kan dessa patienter få tillgång till palliativ vård?
- Vilka svårigheter och hinder finns?
- Hur kan man utveckla och anpassa vården till dessa patienter?



Läkares erfarenheter av palliativ vård till patienter med svår kronisk hjärtsvikt

- en intervjustudie

Anna Forssell, Berit Pettersson
Handledare; Margareta Brännström



Att ha eller att överlämna ansvaret för patientens medicinska vård

- Den palliativa vården relateras i stor utsträckning till AHS
- Läkarna beskriver att palliativt AHS är en bra vårdform dvs. möjliggör ökad livskvalitet men även en god död i hemmet. Positiva erfarenheter av samarbetet med AHS-teamet i medicinska frågor lyfts fram
- Däremot framkommer det att erbjudandet om palliativ AHS inte ges till alla patienter med svår hjärtsvikt
- Det kan kännas svårt eftersom det kan uppfattas som en alltför tydlig signal att man avbryter den 'aktiva' behandlingen och därigenom tar ifrån patienten hoppet



Att ha eller att överlämna ansvaret för patientens medicinska vård

- Läkarna beskriver att det också kan vara svårt att överlämna det medicinska ansvaret. En läkare berättar;

” det blir ju också på nåt sätt som ett erkännande och samtidigt tycker man att det är ens eget område där man då är internist och skall hålla på med hjärtsvikt”

- En osäkerhet framträder om patienten får fortsättningsvis optimal medicinsk behandling för sin hjärtsvikt när man överlämnat ansvaret till AHS



Tankar som studien gav

- Palliativ vård relaterades i stor utsträckning till vård i livets slut
- Palliativ vård erbjuds när kardiologen gett upp hoppet - när allt det som går att göra är gjort – svårt att veta när?
- Risk att patienterna aldrig får tillgång till palliativ vård

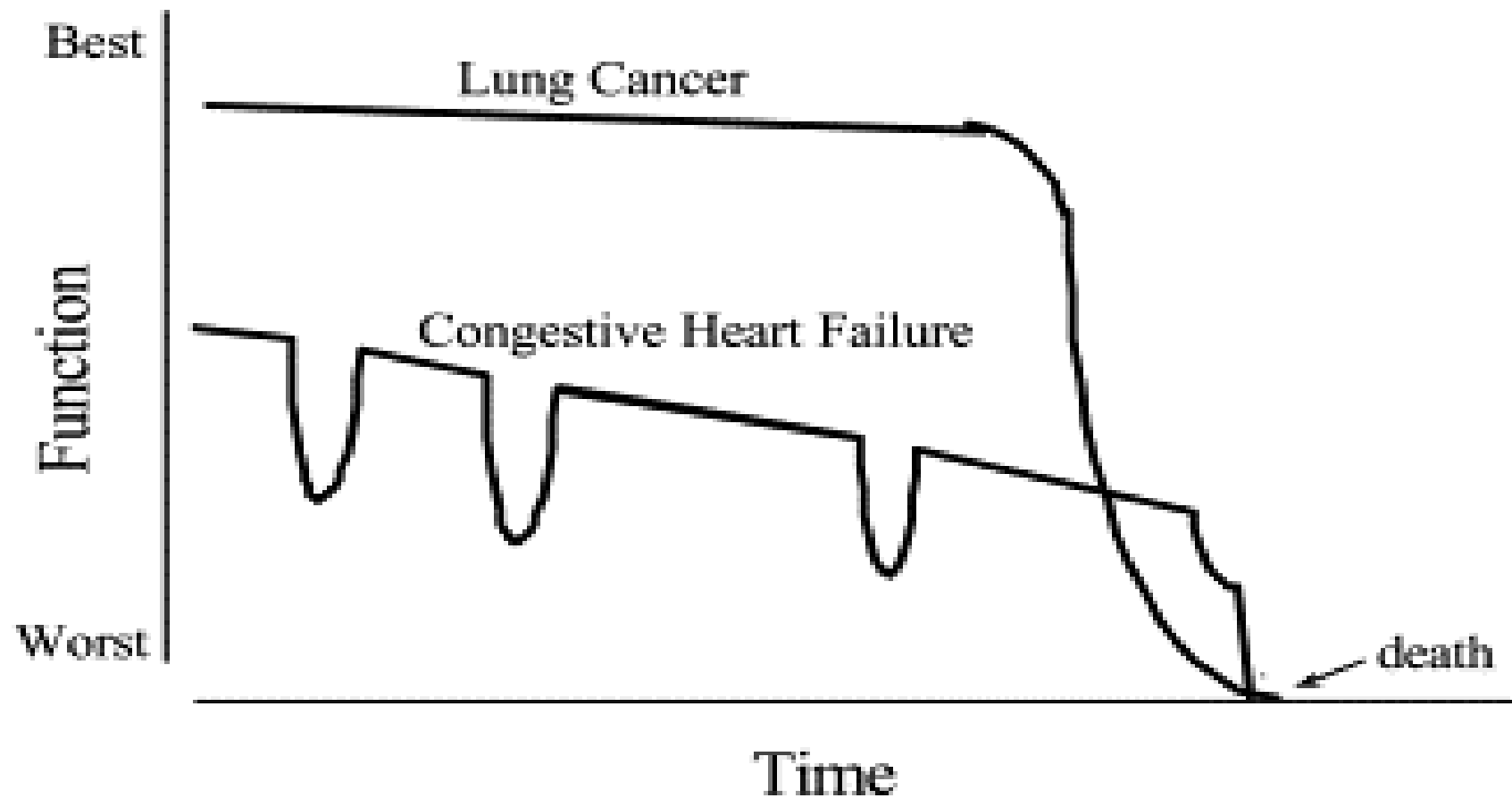


Måste man vara döende för att få palliativ vård?

(Gibbs, McCoy, Gibbs, Rogers & Addington-Hall, 2002)

- Finns en ökad kännedom om att palliativ vård kan spela en viktig roll även tidigare i sjukdomsförloppet vid cancersjukdom.
- För patienter med hjärtsvikt kan palliativ vård vara värdefullt oavsett om döden anses överhängande eller inte.

Sjukdomsförloppet lungcancer - hjärtsvikt

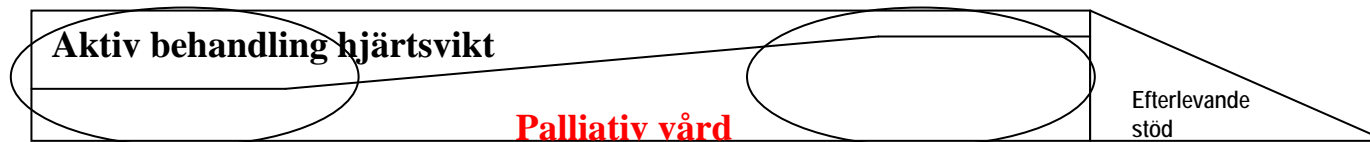
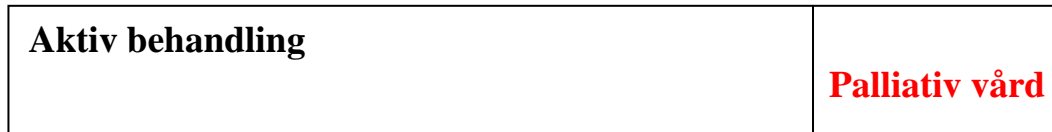


Modeller för palliativ vård (Gibbs et al, 2002)

Diagnos



Död





Patientfall

Rune 74 år

- Gift bor med hustru 6 mil från centralorten
- Tidigare journalist, konstnär
- Förmaksflimmer, biventrikulär svikt, PM (VVI-R)
- NYHA 3b
 - Uttalad nedsatt systolisk vä kammar funktion (EKO -08)
- Känt sig begränsad senaste 2-3 åren
 - Trött orkar allt mindre
 - Hemtjänst på morgon, dusch och påklädning
 - Nedstämd och deprimerad
 - Påverkar hans sociala liv och relationen till frun
- 6 vårdtillfällen senaste 6 mån innan anslutning (slutet av mars)
- Ascites, andnöd, trötthet, klåda, svårt att sova, nedstämdhet
- Medveten om att han är svårt sjuk. Vill skriva en bok – summera sitt liv och lämna något till sina barn
- Längtar efter att få måla igen och önskar en elrullstol

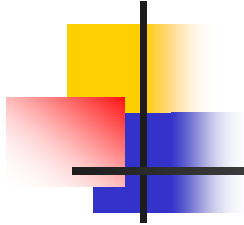
- Ökar i vikt - svullnad i buken, påverkar andningen
- Ascites-tappad i hemmet – begränsat utbyte
- Viktökning, 10 kg under 2 mån
 - Trots justerad sviktmedicinering
- Furix i infusionspump (slutet av maj)
- PM – kontroll
 - Batteri/dosbyte snart aktuellt men kardiolog vill avvakta pga hans dåliga tillstånd – sent palliativt skede
 - Minskar slagfrekvens för att spara batteriet – beräknad byte efter sommaren



Furix i kontinuerlig infusion – jfm med intermittenta injektioner

- Minskade elektrolytförluster
- Lägre dygnsdoser
- Stabilare diures
- Minskar RAAS-påslaget?

(Yelton 1995, Pivac 1998, Verma 2004)



Rune 74 år

- Försämras och ökar ytterligare i vikt, även svullen perifert. Ultraljud - ej möjligt att ascitestappa. Försök att ytterligare justera medicineringen
- Mycket trött, svårt sova – uppe nattetid – svårt att hålla igen på vätskan
- Krävande för relationen - frun också trött
- Ökat ytterligare 10 kg på 1 månad – Inlagd Juli, 4 dagar

- Får furixinfusion intravenöst + dropp - viktnedgång
 - Ssk och läkare från AHS träffar Rune på sjukhuset
 - Samtal med kardiologen
 - PM byte tidigareläggs



Rune 74 år

- PM byte och venport samma tillfälle 090715
- Svarar bättre på furixinfusion ges via venport
 - Deltecpump med furixkassett – byte var 3:e dag
- Börjar förstå samband mellan vätskeintag och viktuppgång – känner sig motiverad
- Minskade ca 15 kg i vikt och kan efter ca 2 veckor sluta med furixinfusioner
- Får en elrullstol via arbetsterapeuten
- Blir mer självständig kan åka och handla själv
- Gladare, relationen förbättras. Uttrycker känslor av hopp, trygghet och frihet
- Två månader senare - håller vikten stabilt runt 80-82 kg
- Hans bok trycks i höst och målar i sin ateljé



Utmaningar för palliativ vård vid hjärtsvikt

- Att den palliativa filosofin implenteras i vårdformer där patienter med hjärtsvikt vårdas
- Utveckla palliativ vård utifrån dessa patienters behov
- Viktigt med samarbete mellan den palliativa vården och den kardiologiska vården för bästa omhändertagande



Anna Forssell