

Utmaningar vid palliativ vård

av människor med hjärtsvikt

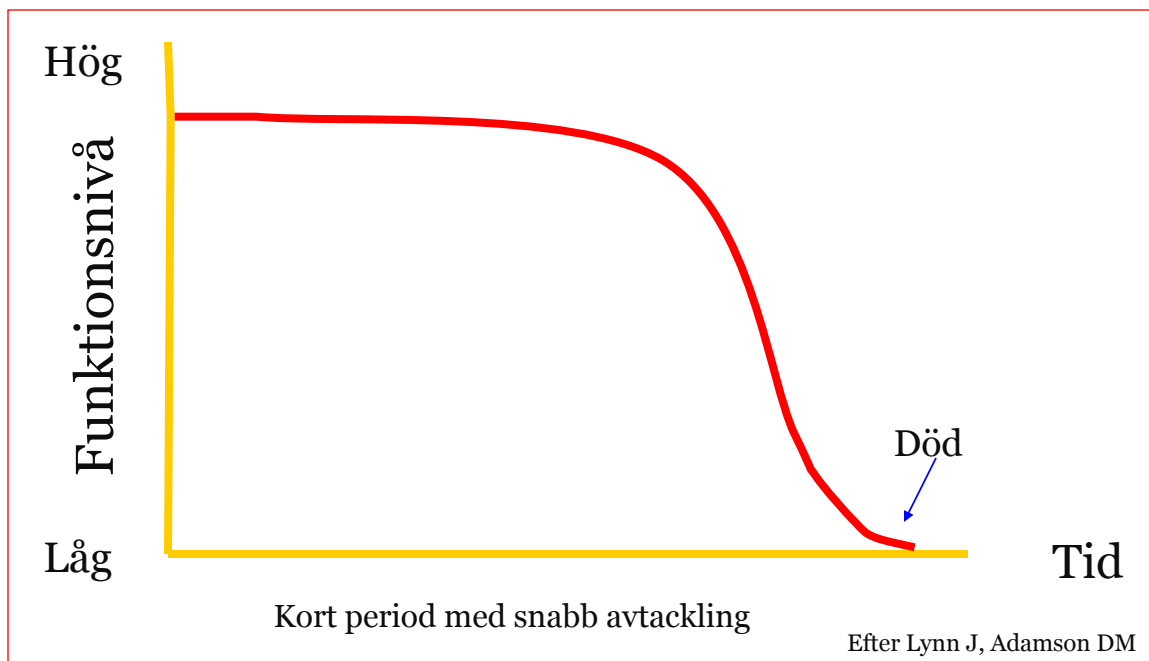


Vilka är de palliativa hjärtsviktspatienterna

- Inga valida skattningsskalor (SHFM, GSF)
- Skulle du bli förvånad om din patient avlider inom det närmaste året
- Stadigvarande NYHA IIIB/IV trots optimal behandling
- Många SV-tillfällen
- 80+ med stor co-morbiditet
- Mortalitet 40-50% per år vid NYHA IV



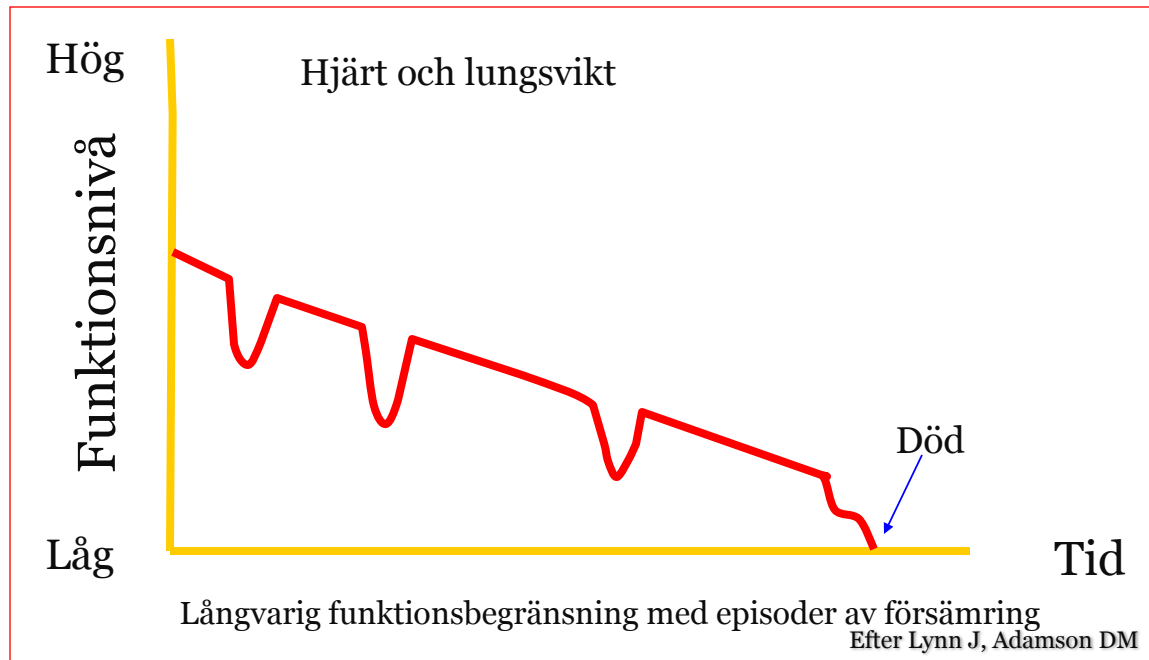
Vårdförlopp vid cancersjukdom



- Många pat. har ett förhållandevis gott allmäntillstånd och funktionsnivå en tid
- När cancersjukdomen tar överhand sker en snabb avtackling som leder till döden
- Vårdinnehåll: Palliativ vård enl hospicefilosofin

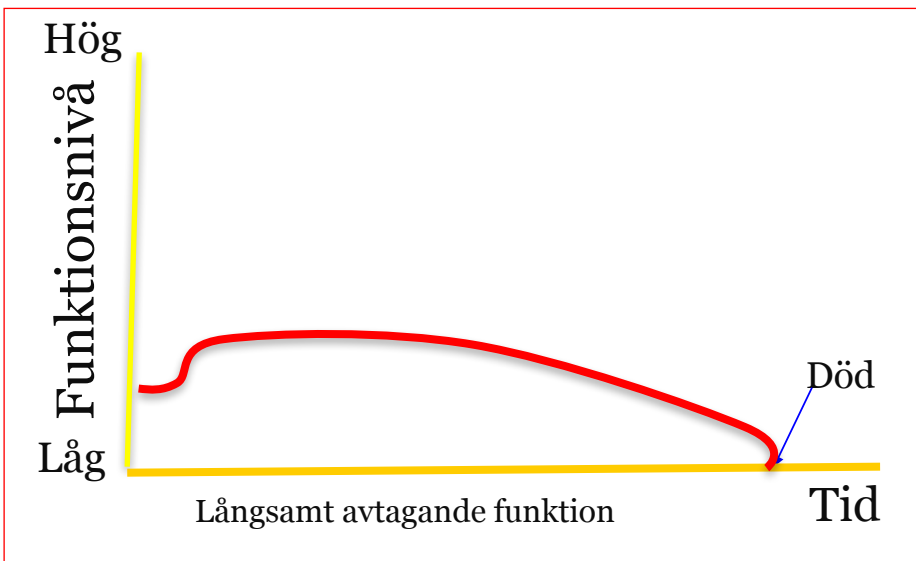
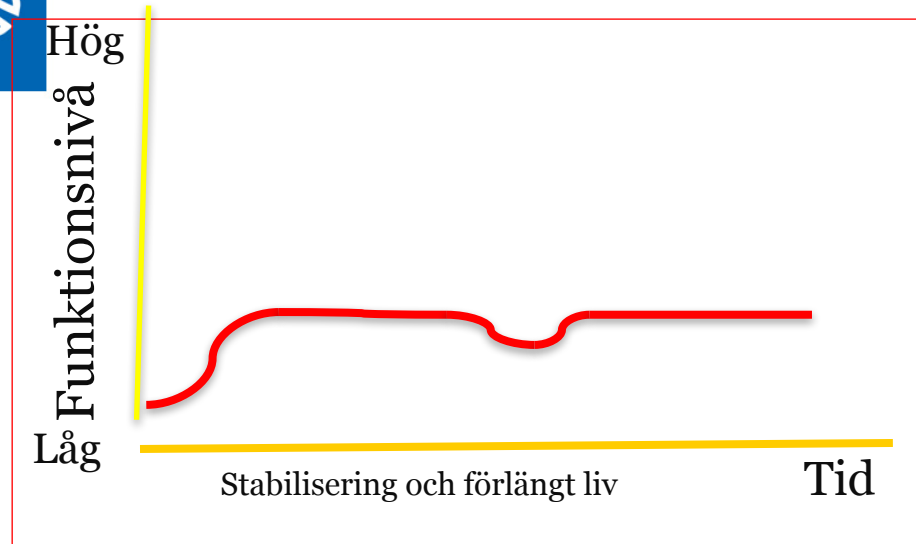


Vårdförlopp hjärtsvikt/KOL?



- Långvarig funktionsbegränsning med skov av försämring
- Oftast förhållandevis lång tids överlevnad
- Perioder med allvarlig försämring där döden kan komma snabbt
- Vårdinnehåll: Aktiv symtommonitorering, vårdplanering och hemsjukvård

Hjärtsvikt – tillgång till specialiserad hemsjukvård



- Färre allvarliga försämringar
- Längre överlevnad
- Internmedicinsk kompetens o erfarenhet är nödvändig
- Vad är livsförlängande resp lindrande behandling?
- Var är brytpunkten för vård i livets slutskede?



Cancer vs hjärtsvikt

- Ordet cancer förknippat med död och lidande
- Information om sjukdomen leder till det existentiella samtalet
- Brytpunktsbedömning kan leda till bättre livskvalitet
- Ordet hjärtsvikt har ingen laddning
- Information om sjukdomen är svårare att ta emot och förhålla sig till
- Brytpunktsbedömning kan leda till sämre livskvalitet



Copingstrategier

- Det blir nog bättre imorgon

Men.....

Oro och ångest tilltar

Depression behöver uppmärksammas



Tecken på övergång till vård i livets slutskede

- Stadigvarande NYHA IV trots optimering
- Systoliskt blodtryck ↓
- NtPro-BNP ↑
- GFR ↓
- Kroppsvikt ↑
- Svårbehandlade ödem
- Ascites/pleuravätska
- Svåra symtom tilltar



Hur mår patienterna

- Dyspné, även i vila
- Uttalad och allomfattande trötthet
- Aptitlöshet
- Orkar inte sitta
- Oro och ångest
- Värk i kroppen
- Patientens lidande sista veckan i livet jämförbar med cancerpatientens



Så vad göra?

- Specialiserad hemsjukvård kan ge trygghet genom tillgänglighet, teamarbete, bemötande och kompetens
- En väl utarbetat vårdplan är ovärderlig
- När tillit finns kan vårdbegränsningar diskuteras och ersätter brytpunktssamtalet
- Internmedicinsk erfarenhet är nödvändig



planering

- Vätskerestriktion 1.5 l/dag?
- urvätskning med målvikt ...
- hälsodagbok
- individualisera grundmedicineringen

RAAS - blockad

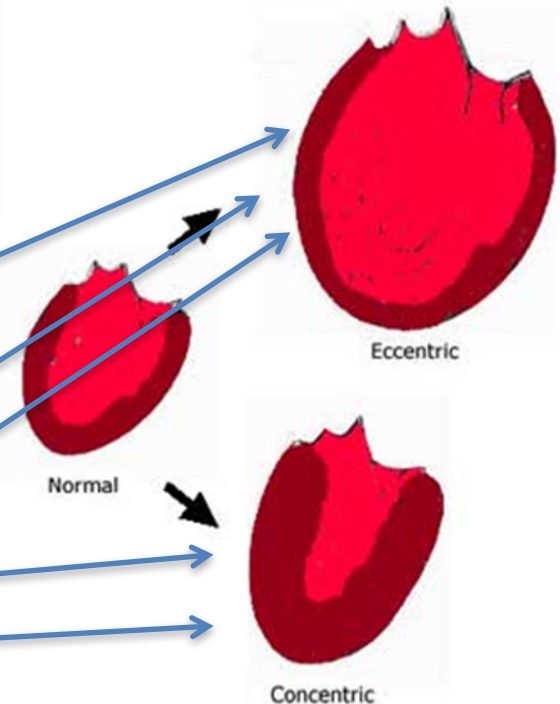
ACE/ARB

Aldosteronantagonist

Betablockad

Digoxin

Imdur





Läkemedel

- Evidens saknas vid sena stadier av hjärtsvikt
- Tänk funktionellt för att ge hjärtat bästa förutsättningar, t.ex betablockad för att hålla frekvens <80
- $GFR < 35$ innebär ACE-hämmare och aldosteronhämmare ut
- Långverkande nitro ut
- Om Furix ger effekt iv men ej po – byt till Burinex
- Furix/Burinex m tillägg av Metolazon kan ersätta inj Furix
- Furix i subcutan sprutpump



Sammanfattning

- Sjukdomsförloppet, som det beskrivs i litteraturen, återspeglar brister i vården
- Vi i den specialiserad hemsjukvården är enda aktör som klarar att svara upp mot patientgruppens behov
- Både internmedicinsk och palliativ kompetens erfordras
- Att kommunicera dålig prognos och palliativa perspektiv kräver kontinuitet och tillit
- Detta möjliggör att brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede blir tydligare
- En medicinsk vårdplan som beskriver vad som skall göras är central för att skapa trygghet och möjliggöra vård i hemmet



Patientfall: kvinna 86 år

- Välreglerad hypertoni, har astma, PMR och osteoporos
- Ej sjukhusvårdad
- Depressivitet och kognitiv svikt med språkstörning
- Sista året tilltagande njursvikt och högerhjärtsvikt, nu ödem i ben, underarmar och buk
- Tillkomst av bensår som föranlett anslutning till hemsjukvård

Vårdplan



• Mål: Skapa trygg hemsjukvård med palliativ inriktning, dvs vårdbegränsning med 0HLR men aktiva medicinska insatser för bästa livskvalitet.

Medicinska insatser:

- Optimering av sviktbeh baserad på diuretica (Burinex + ev Metolazon), veckovisa sviktkontroller med målvikt 59 kg.
- Viktökning >2 kg: Läkarkontakt för upptitrering av diuretica. Om samtidig dyspné och syst BT>100 kan Furix 40 mg iv ges innan läkarkontakt.
- Akut försämring m dyspné och ökade ödem: Furix 40 mg iv. Kontrollera hjärtrytm, om tillkomst av flimmer m frekv >100 ges extra Seloken 25-50 mg. Läkarkontakt
- Dyspné utan viktuppgång o stabil cirkulation: Hörbara ronki? SaO₂? Astma - Ge Ventoline i spacer



- Dyspné m slemhosta o feber: Ta blodstatus o CRP. Kontrollera BT, hjärtfrekvens, SaO₂, andningsfrekvens. Läkarkontakt
- Akut försämring av AT som inte hävs med åtgärder ovan: Kontakta läkare för medicinsk bedömning och ev inledning av vård i livets slutskede
- Plötslig död: Sjuksköterska får notera dödsfall efter samråd med läkare

Omvårdnadsinsatser:

- Initialt sviktkontroll varje vecka. Kontrollera vikt, BT, puls (vid oregelbunden rytm – lyssna på hjärtat!), NRS dyspné
- Omläggning av bensår
- Följ upp nutrition
- Följ upp omvårdnadsbehov och stötta familjen att söka bistånd i god tid