Hjärtsviktavdelning 96 DS

Vård av patienter med komplicerad hjärtsvikt

Pernilla Ahnsberg, Filippa Frie, Caroline Löfvenmark
Christina Norman, Hans Persson

Bakgrund

- Svårt sjuka patienter på olika avdelningar
- ”Hamnade mellan stolarna”
- Behov av bättre omhändertagande
- Upprepade inläggningar
- Behov av ett samlat grepp

Vision

”Bästa möjliga vård för patienter med komplicerad hjärtsvikt”

Övergripande mål

Öka vårdkvaliteten och tryggheten för patient och anhöriga. Införliva döden och döendeprocessen i den medicinska vården

Mål

- Medicinsk vård av hög kvalitet
- Välinformerade patienter och anhöriga
- Kontinuitet i vården
- Kvalitetssäkrad omvårdnad
- Trivsel på avdelningen
- Effektiv vård
- Tillgänglighet
- Värdig vård vid livets slut

Strategier

- Skapa en tydlig inriktning av avdelningen
- Medarbetare med särskilt engagemang och intresse av hjärtsvikt och omvårdnad
- Skapa arbetsgemenskap, vi-känsla
- Öka kunskap om hjärtsvikt, omvårdnad och palliativ vård
- Utrymme för stöd och reflektion
- Ständig dialog
- Tvärprofessionellt samarbete

Struktur och planering av det dagliga arbetet

TEAM rond

Brytpunkssamtal

Brytpunktsbedömning

- **Syftar till att avgöra om patienten befinner sig i livets slutskede men innefattar också en bedömning av vilka medicinska åtgärder som fortfarande gagnar patienten**

Brytpunktssamtal

- **Syftet är att underlätta valfrihet och där information ges om att vårdens inriktning och mål har förändrats så att fokus ligger på livskvalitet**

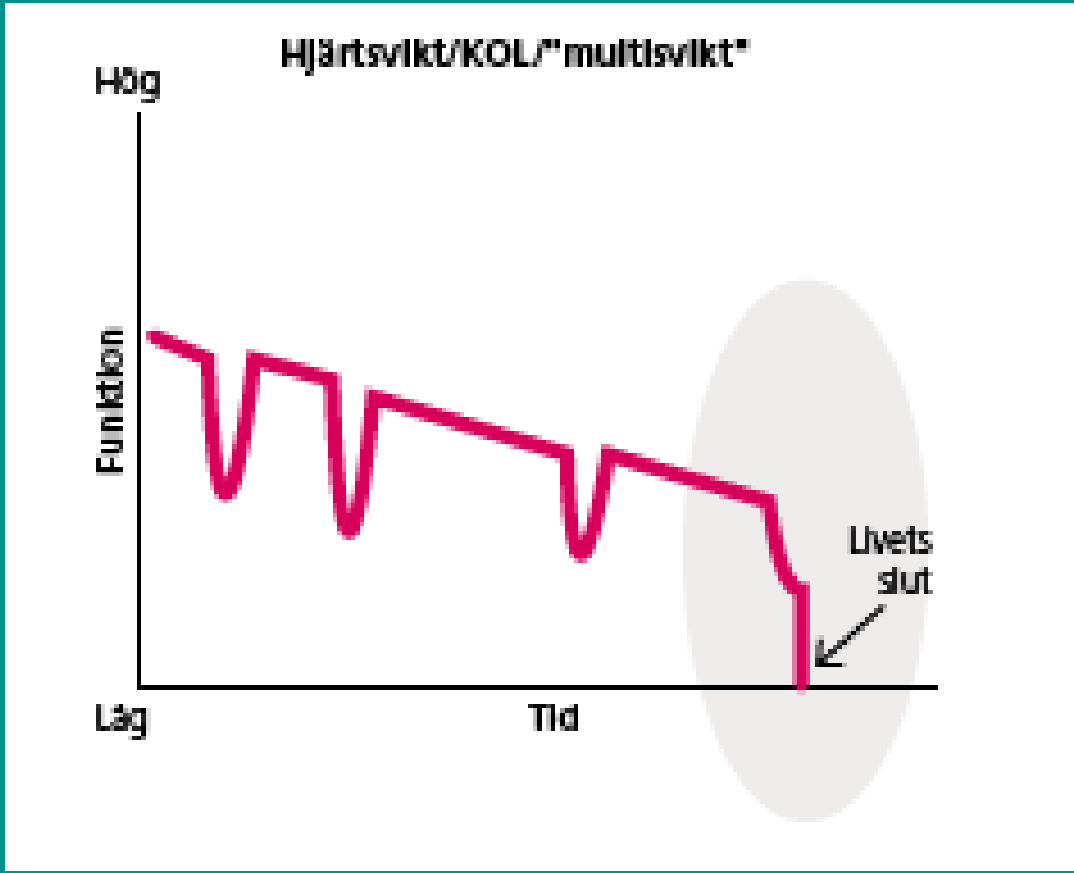
Direktintag

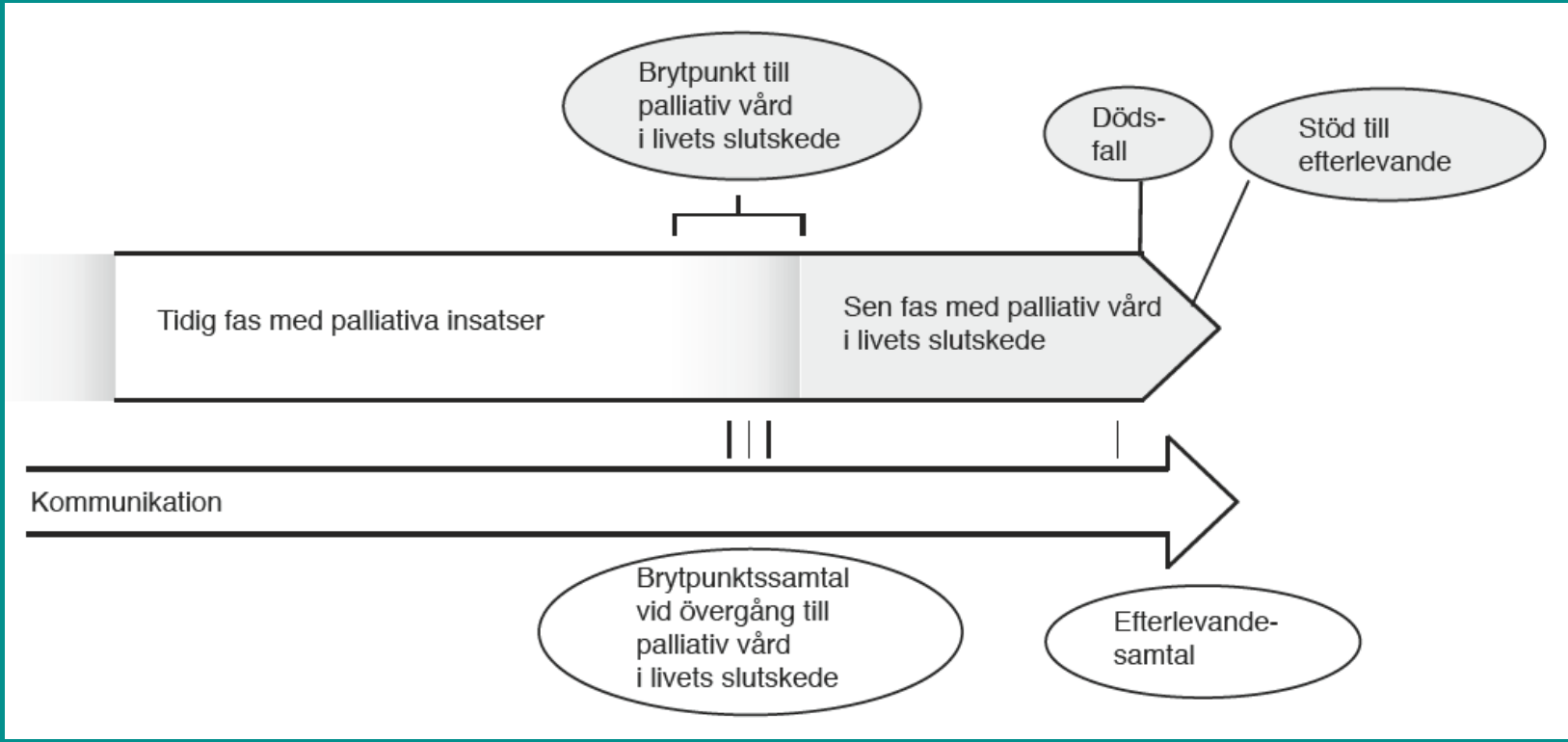
Patienter som vårdats upprepade gånger för hjärtsvikt där man vid utskrivning bedömer att patienten kommer att behöva återinläggning inom snar framtid.

Reflektionsmöten

- Regelbunden handledning med kurator
- Avdelningens kurator har en central roll på avdelningen som stöd för patienter, anhöriga och personal

Varför brytpunktssamtal?




Brytpunkt till
palliativ vård
i livets slutskede
Döds-
fall
Stöd till
efterlevande
Tidig fas med palliativa insatser
Sen fas med palliativ vård
i livets slutskede
Kommunikation
Brytpunktssamtal
vid övergång till
palliativ vård
i livets slutskede
Efterlevande-
samtal

SoS 2012

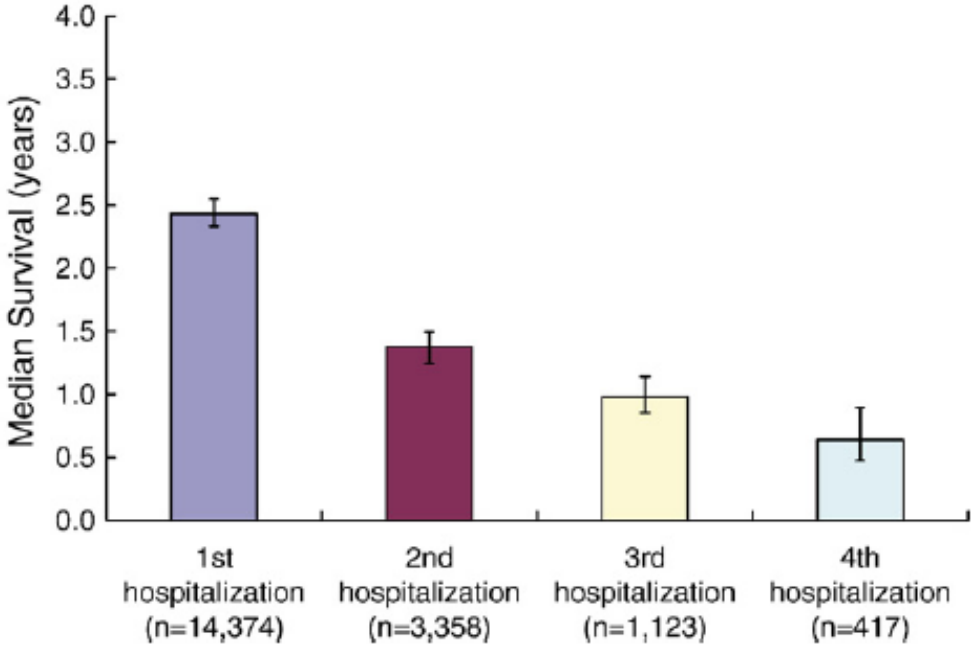
End of life discussions in elderly heart failure patients

- There is a pyramid of decisions before resucitation orders are given or changed
- Tough discussions today make difficult situations later easier

Lynne Warner Stevenson

Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure

Soko Setoguchi, MD, DrPH,[a] Lynne Warner Stevenson, MD,[b] and Sebastian Schneeweiss, MD, ScD[a] *Boston, MA*



Median survival (50% mortality) and 95% confidence limits in patients with HF after each HF hospitalization.

(Am Heart J 2007;154:260-6.)

Kliniska indikatorer på svårt sjuk hjärtsviktspatient med dålig prognos

- Hjärtsvikt som kompliceras av njursvikt
- Kronisk hjärtsvikt med >=2 vtf senaste året.
- Grav hjärtsvikt
  - NYHA IIIB-IV (efter stabiliserande behandling)
  - EF< 20 %
  - Restriktiv diastolisk funktion
  - Högt pulmonellt blodtryck > 50 mmHg
  - Systolisk hypotoni <90 mm Hg,
  - Höga doser loopdiuretika po
  - Högre ålder (>80 år)
  - Lågt maximalt syreupptag (<12 ml/kg och minut)
  - Högt NT-proBNP (>10 000 ng/L, hyponatremi
  - Kachexi – ofrivillig torrviktsnedgång >5% av vikt

Avd 96

- 46 vtf per månad
- 10 vårdplatser
- 300 vårddygn per månad tillgängliga
- Medelvårdtid 7 dagar

Patienter på direktintag avd 96

- n=46, medelålder 81 (41-94)
- 50% kvinnor
- 31 av 46 (67%) har haft Brytpunktssamtal
- 22 av 46 har avlidit (48%), medelålder 83 (66-93)
- ASIH 16 av 46 (35%)

Vad bör vi göra med det vi kan göra?

Medicinsk kunskap <u>och</u> medicinsk etik

Vad kan vi göra? Vad kan vi inte göra?

Vad bör vi göra och vad bör vi inte göra?

Palliativ vård

Palliativ vård

- **Enligt SOU (2001:6) ”inbegriper den palliativa vården vanligen en tidig fas, som är lång och en sen fas, som är kort och omfattar dagar, veckor eller någon månad”.**

  Socialstyrelsens nationella riktlinje för hjärtsvikt

- **Patient med hjärtsvikt och mindre än ett års förväntad livslängd, NYHA grad III-IV, behov av sjukhusvård pga. ökade hjärtsviktssymtom, dålig effekt av behandling eller snabb försämrad livskvalitet.**
- **Åtgärd:** Start av palliativ vård

Värdegrund

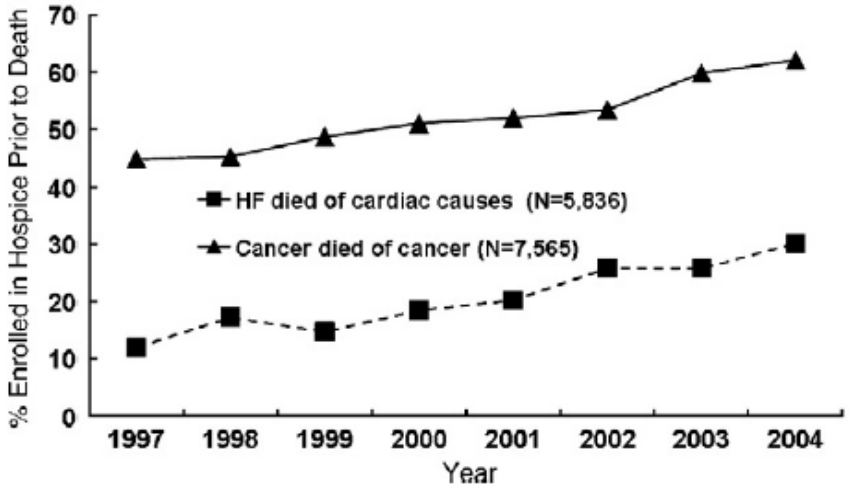
- Att veta när döden är nära och förstå vad som är att vänta
- Att behålla kontrollen över vad som händer
- Att få behålla värdighet och integritet
- Att ha kontroll över lindring av smärta och andra symtom
- Att ha valmöjligheter att kunna bestämma var man ska dö, det vill säga i hemmet eller på sjukhus
- Att få andliga och religiösa behov tillgodosedda
- Att ha rätt till palliativ vård oavsett vårdform eller vårdgivare
- Att få bestämma vem eller vilka som är närvarande på slutet
- Att ha tid att ta farväl
- Att få dö när det är dags och inte få livet förlängt när det inte längre finns någon mening

Behandlingsförändringar efter samtalet

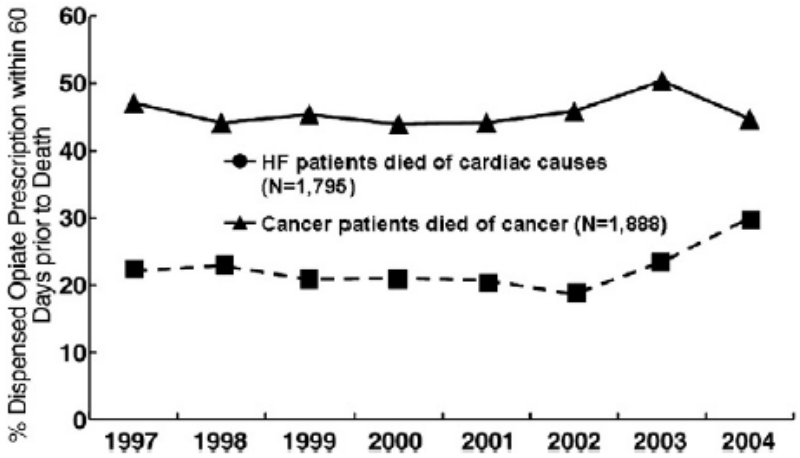
- Inte avbryta behandlingar som är livsförlängande då de som regel också förbättrar patienten (BB, RAAS-ant).
- Överväg att avbryta behandlingar som ger biverkningar/minskad livskvalitet.
- ICD-behandling är en livsförlängande behandling som inte är symtomförbättrande och bör övervägas för avstängning.
- Exempel på symtomförbättrande men inte livsförlängande:
  - diuretika,
  - inotropa läkemedel (Simdax, Dobutamine, digitalis),
  - ultrafiltration
  - pleura- och buktappning
  - smärt- och ångestlindring

Hospice, opiates, and acute care service use among the elderly before death from heart failure or cancer

Soko Setoguchi, MD, DrPH,[a] Robert J. Glynn, PhD, ScD,[a] Margaret Stedman, MPH,[a] Carol M. Flavell, NP,[b] Raisa Levin, MS,[a] and Lynne Warner Stevenson, MD[b] *Boston, MA*



Trend in the use of hospice in HF versus cancer patients (1997-2004).



Trend in filling opiate prescriptions out of the hospital in HF versus cancer patients (1997-2004).

Conclusion Patients dying of HF were less likely to be supported by hospice and opiates but more likely to die in hospitals than patients with cancer. Our study suggests that opportunities may exist to improve hospice and opiate use in HF patients. (Am Heart J 2010;160:139-44.)

Svenska Palliativa Registret

Registrering av patienter som avlider på sjukhuset där man registrerar palliativa åtgärder under patientens sista vecka med mål att kvalitetssäkra den palliativa vården

www.palliativ.se

Patientfall Man 84 år

Sjukdomshistoria: Hypertoni, kronisk hjärtsvikt, px förmakflimmer, kronisk njursvikt, Insulinbehandlad diabetes mellitus typ 2

4 vårdtillfällen sedan februari 2012

- **Viktuppgång 8-15 kg**
- **Vårdtid 7-14 dagar/vtf**
- **Massiva benödem och tilltagande dyspné**
- **NYHA-klass III-IV**
- **Förhöjt tryck i lilla kretsloppet**
- **NT-Pro-BNP >20000**

Social situation

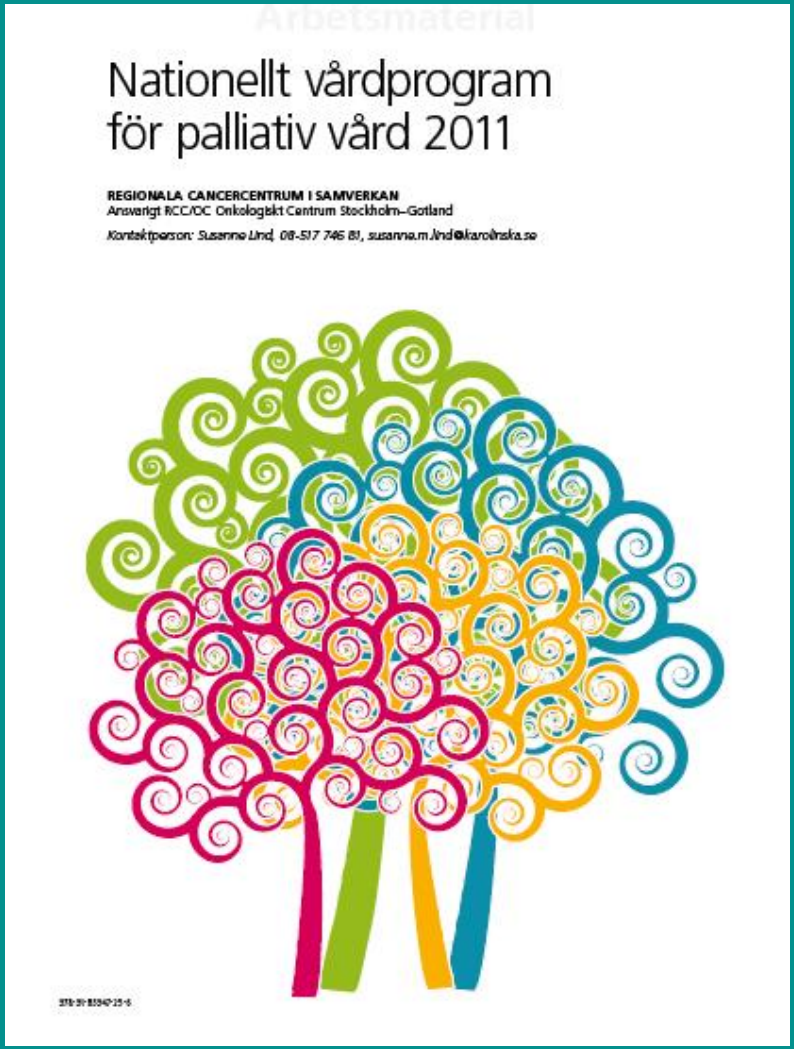
- Änkling, ensamboende i lägenhet, går med rullator
- Har en son och en dotter som bor i närheten.
- Hemtjänst x 4, trygghetslarm och hjälp med städning och matlagning
- DSK delar läkemedel i dosett och hämtar ut insulinsprutor

- Diskuteras på Team-rond
- Brytpunktsamtal: patienten, sonen, dotter, läkare och sjuksköterska deltar
- Får information om prognos, behandlingsmöjligheter och begränsningar
- Patienten önskar vårdas hemma
- Remiss till ASIH
- Erbjuds direktintag till avd 96
- Beslut om 0-HLR

Palliativ vård – SoS 2012

- **Symtomen är liknande vid cancer, KOL och hjärtsvikt i sena stadier, även om symtomens intensitet kan variera.**

Och nationellt vårdprogram…..



Arbetsmaterial

Nationellt vårdprogram
för palliativ vård 2011

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN
Ansvarigt RCC/OC Onkologiskt Centrum Stockholm–Gotland

Kontaktperson: Susanne Lind, 08-517 746 81, susanne.m.lind@karolinska.se

Ni kan!

-Kanske någon till slut säger: ”Vi är bara ungdoms-klubbister, vi är inga statsmän. Vi kan inte ta ett sådant ansvar.” Det är fel. Visst är vi statsmän, även om vi kommer från Bräkne-Hoby eller Lycksele, Habo eller förbundsstyrelsen.

Olof Palme