

Hjärtsvikt och KOL

TEXT // JAN HALLSTRÖM

DEN SPECIALISERADE PALLIATIVA VÅRDEN idag är till stora delar uppbyggd för att omhänderta patienter med ett "cancerförlopp" med en tydlig övergång från kurativ till palliativ målsättning med vården.

Studier har visat att behovet av symtomlindring vid hjärtsvikt/KOL i en palliativ fas är lika stort som för cancerpatienter men att tillgången är sämre. Det finns ett behov av förbättrad symtomkontroll i livets slutskede för denna grupp. Det är viktigt att inse att den palliativa vården kan tillföra mycket kunskap även tidigt i den obotbara sjukdomens förlopp och att det inte bara gäller cancer-sjuka.

Sedan 2002 har WHO betonat att den palliativa vården är tillämplig i ett tidigt sjukdomsskede, tillsammans med andra terapier som syftar till att förlänga livet. Det inkluderar även de undersökningar som behövs för att bättre förstå och ta hand om plågsamma kliniska komplikationer.

Gränsen mellan kurativ och palliativ intention har blivit en allt tjockare "gråzon". Patienter med grav hjärtsvikt och/eller KOL skiljer sig på flera sätt från cancerpatienter i det palliativa skedet av sjukdomen. Ur ett onkologiskt perspektiv är hjärtsvikt/KOL alltid en sjukdom med palliativ behandlingsintention.

Sjukdomsförloppet är ofta oberäkneligt och kan beskrivas som en "berg- och dalbana". Förloppet är ett kontinuum, det är svårt att hitta tydligt definierade vägskal och det är svårt att identifiera tiden för ett brytpunktsamtal. Det är därför viktigt att den palliativa vården för dessa patienter kan erjudas tidigt i sjukdomsförloppet.

Brytpunktsamtal

"Skulle jag bli förvånad om patienter lever om 6-9 månader?" Om svaret är ja på den frågan så är det sannolikt tid för ett brytpunktsamtal. Ibland tänker jag det som det "nästa sista" brytpunktsamtal.

Min erfarenhet av brytpunktsamtal vid hjärtsvikt/KOL är att det sker mycket sent i sjukdomsförloppet. I bästa fall några veckor innan patienten avlider och många gånger endast någon vecka innan patienten avlider.

Brytpunktsamtalen bör ske vid en tidpunkt då förändringar i hälsotillståndet medför förändrade förutsättningar för återstående livslängd. Då är tiden för sjukvården att ta ställning till vad vi bör göra i förhållande till vad vi kan göra för patienten. Det ger oss även en möjlighet att bli medvetna om patientens och de närståendes önskemål om den fortsatta vården.

Om vi i framtiden ska kunna skapa god palliativ vård för denna grupp måste vi förändra vårt sätt att tänka på brytpunkt som en "startpunkt" för insättande av palliativ vård. Vi måste inse att palliativ vård är något som ska in tidigt i sjukdomsförloppet och sedan finnas med som en integrerad del i den fortsatta vården. För att kunna leva upp till detta måste allmän palliativ kompetens finnas i alla delar av vårdkedjan och stötts av specialiserade konsultteam

som går in då det lokala teamets kompetens inte räcker till. Vad gäller hjärtsvikt finns studier från vårt land som visar att detta går att uppnå även på ett kostnadseffektivt sätt.

ISAMBAND MED den 4:e Nationella konferensen i palliativ vård i Malmö i mars 2016 var undertecknad ansvarig för en diskussion kring patienter med KOL/hjärtsvikt. Samtalet hade fokus på hur vi ska organisera den palliativa vården för denna patientkategori i framtiden. Flera goda exempel gavs från deltagarna på hur vi i olika delar av landet har hanterat utmaningen att integrera KOL och hjärtsviktspatienter i den specialiserade palliativa vården. En av de viktigaste slutsatserna blev att vi inte behöver "uppfinna hjulet" var och en på sitt håll utan i stället uppmuntra till att ta kontakt och besöka varandra och lära av varandras erfarenheter.

ETT CITAT PÅ engelska, som jag avslutade diskussionen med, kanske kan vara en målsättning inför det fortsatta arbetet med att integrera KOL/hjärtsvikt i den palliativa vården; Living until you die and access to good enough care in whatever bed you die in. Lev tills du dör med god vård oavsett i vilken säng du dör.

Referenser;

Brännström M, Hägglund L, Furst CJ, et al. Unequal care for dying patients in Sweden: a comparative registry study of deaths from heart disease and cancer. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012; 11(4): 454-459

Sahlen K J, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliative Medicine* 2016, Vol 30(3) 296-302

Breakpoint communication about transition to end-of-life care – context, content and consequences. Gunilla Lundquist, avhandling, Umeå Universitet 2013



Jan Hallström
Överläkare, Diplomerad i Palliativ Medicin,
Palliativ vård och ASIH, Ängelholm

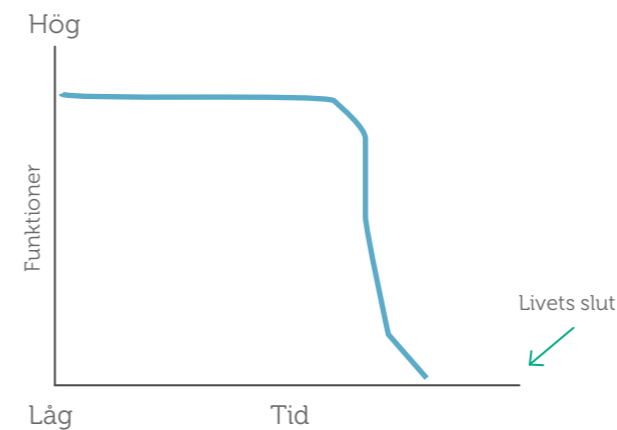


Living until you die and access to good enough care in whatever bed you die in.

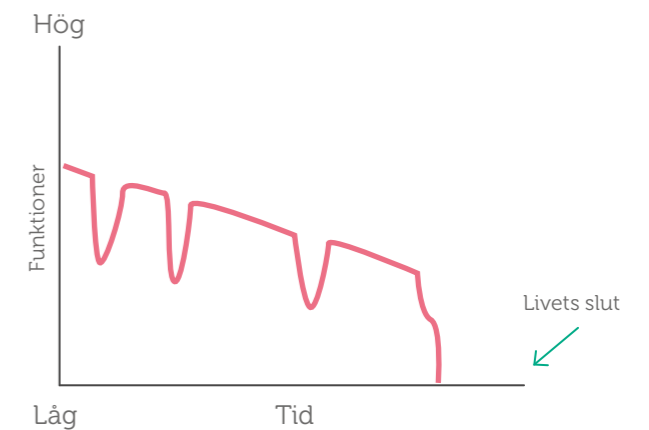
Döendet ur olika sjukdomsperspektiv

Sjukdomsförloppet är olika vid cancer, hjärt- och lungsvikt, demenssjukdom eller ålderssvaghet. Förloppet vid livets slut är ändå likartat men den enskildes och de närståendes situation och behov kan givetsvis variera.

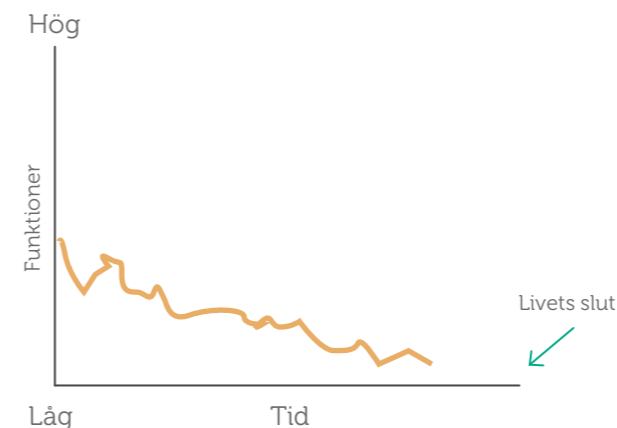
Cancer



Hjärtsvikt/KOL/"multisvikt"



Demens & ålderssvaghet



Övergripande bild av sjukdomsförloppet vid olika sjukdomar representerat som en linje över tid med minskande funktionsgrad hos individen. Brytpunkten till livets slutskeden kan vara olika tydligt markerad vid olika diagnoser.