

Palliativ cytostatika - om svårigheten att bedöma när behandling ska avslutas

TEXT // HENRIK ÅNGSTRÖM

En journalgenomgång visar att många patienter med PS sämre än 2 behandlades med palliativ cytostatika och att många patienter inte fick något brytpunktssamtal vid den onkologiska eller lungmedicinska enhet som ordinerat behandlingen

DET RÅDER KONSENSUS inom läkarkåren att patienter som vilar i säng eller stol mer än hälften av sin vakna tid, Allmäntillstånd/Performance Status (PS) skattat sämre än 2 (se tabell), i allmänhet ej ska behandlas med palliativ cytostatika. En journalgenomgång visar dock att många patienter med PS sämre än 2 behandlades med palliativ cytostatika och att många patienter inte fick något brytpunktssamtal vid den onkologiska eller lungmedicinska enhet som ordinerat behandlingen. Många som arbetar inom palliativ vård har starka åsikter om palliativt syftande cytostatikabehandlingar. Mer eller mindre välgrundade åsikter framförs och kritik uttrycks mot att palliativ cytostatika ges till för svårt sjuka patienter, alltför sent i livet.

Men hur ser det egentligen ut på en palliativ enhet? Inför en temadag med onkologer angående palliativ cytostatikabehandling genomfördes en journalgenomgång. Samtliga patienter med cancerdiagnos -förutom hematologiska maligniteter- som skrevs in i vår specialiserade palliativa verksamhet under 2014 inkluderades.

Följande variabler undersöktes:

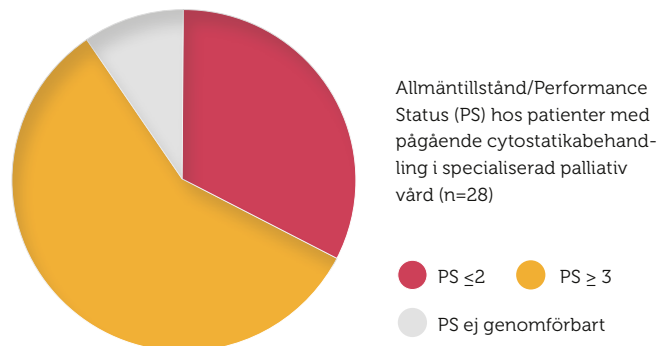
- *Andel patienter som vid inskrivning hade pågående behandling med palliativ cytostatika.*
- *Allmäntillstånd/Performance Status (PS) enligt ECOG/WHO hos de cytostatikabehandlade patienterna vid inskrivning (se tabell).*
- *Brytpunktssamtal, genomfördes det och i så fall av vem?*

Allmäntillstånd/Performance Status (PS) enligt ECOG/WHO	
0	Normal aktivitet
1	Symtom men uppe och behöver ej hjälp
2	Behöver vila, men ej mer än 50 procent dagtid
3	Vilar mer än 50 procent dagtid
4	Helt sängbunden, stort hjälpbehov
5	Död

Detta fann vi

25 procent, 28/107 patienter, hade pågående palliativ cytostatikabehandling vid inskrivning. Av de cytostatika-

behandlade patienterna där skattning av PS genomförts hade 60 procent, 16/26 patienter, PS sämre än 2 vid inskrivning - för två av patienterna var PS ej journalfört-se figur nedan.



ÅTTA AV DE 28 cytostatikabehandlade patienterna -29 procent- fick ett dokumenterat brytpunktssamtal vid den onkologiska eller lungmedicinska enhet som ordinerat cytostatika. Tio patienter fick ett dokumenterat brytpunktssamtal av palliativ läkare i hemmet eller på hospice. Nio patienter fick inget dokumenterat brytpunktssamtal, och en patient har fortfarande pågående behandling.

Utöver de undersökta variablerna framkom två tydliga mönster

När patienten försämrades och inte längre bedömdes kunna fortsätta med palliativ cytostatikabehandling valde behandlande läkare oftast exspektans istället för att genomföra ett brytpunktssamtal. Patienten erbjöds ett nytt mottagningsbesök inom några veckor för ny bedömning eller så bestämdes ett eventuellt mottagningsbesök om patienten senare skulle förbättras. Inte i något av de fall där exspektans valdes förbättrades patienten så att ytterligare cytostatikabehandling kunde genomföras.

Vid mottagningsbesök inför cytostatikabehandling journalfördes PS sällan. I de fall PS journalfördes förelåg en tydlig skillnad mellan PS skattat vid mottagningsbesök och PS skattat av palliativ läkare. Skattningarna vid mottagningsbesök angav klart bättre PS - lägre. I journaltexterna vid mottagningsbesök framkom sällan riktade frågor till patienten angående PS, svepande formuleringar förekom ofta.

Reflektioner

Flera läkare har belyst svårigheten att vid ett kort mottagningsbesök bedöma om patienten är i tillräckligt bra skick för fortsatt behandling. Många patienter stramar upp sig för att framstå som tillräckligt friska för fortsatt behandling. I mina ögon är det då än mer motsägelsefullt att läkare vid mottagningsbesök sällan gör en strukturerad bedömning av patientens PS. Om patienten vill verka piggare än vad hon/han egentligen är och läkaren inte ställer riktade frågor om PS blir konsekvensen sannolikt fortsatt behandling, oberoende av patientens PS. Vid den nämnda temadagen diskuterades obligatorisk och strukturerad bedömning av PS inför varje beslut om palliativ cytostatikabehandling.

DET FINNS ETT stort intresse för frågan bland onkologerna och lungläkarna, likaså en medvetenhet om svårigheten att bedöma vilka patienter som gagnas av palliativ cytostatikabehandling och när den ska avbrytas.

När beslut om olika behandlingar ska fattas underlättas det av den helhetssyn och kontinuitet som eftersträvas inom palliativ vård. Det är lättare att bedöma patientens PS och prognos när teamet får följa ett sjukdomsförlopp över tid. Då patienten försämras är det viktigt att vi inom den specialiserade palliativa vården informerar de läkare som ordinerar palliativ cytostatikabehandling.

Om patientens PS anges – om vi talar samma språk – så underlättas kommunikationen och därmed beslutsfattandet. Patienter som är informerade om sin prognos har större möjlighet till ett reellt medbestämmande när beslut om palliativ cytostatikabehandling ska fattas.

Det går inte att dra allt för långtgående slutsatser utifrån denna journalgenomgång. Antalet patienter är begränsat och det faktum att patienterna bor nära ett universitetssjukhus kan ha påverkat resultaten.

FYNDEN BELYSER DOCK den komplexitet som beslut om palliativ cytostatikabehandling omfattar och hur svårt det är att hitta balansen mellan patientnytta och risk. Naturligtvis är det problematiskt att patienter, sent i livet, får behandling med kraftfulla biverkningar. Behandlingar som kan stjåla tid och försämra livskvalitet, behandlingar som riskerar att förskjuta fokus bort från de stora frågor som patienter i livets slutskede och deras närstående måste hantera.



Henrik Ångström

Överläkare Avancerad hemsjukvård,
Norrlands universitetssjukhus Umeå
e-post: henrik.angstrom@vll.se