

## Bilaga F - Palliativ vård vid hjärtsvikt

Denna bilaga är ett komplement till vårdförloppen kronisk hjärtsvikt och palliativ vård och syftar till att lyfta palliativa frågor som berör patienter med hjärtsvikt. För mer fyllig beskrivning av olika nyckelbegrepp och definitioner hänvisas till dessa vårdförlopp [1].

Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med livshotande sjukdomar, under beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Att använda sig av ett palliativt förhållningssätt tidigare i sjukdomsförloppet, parallellt med eventuell livsförlängande behandling, har visat sig vara till fördel för patienter, närstående och vårdpersonal. I de flesta fall kan patientens palliativa behov tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård (allmän palliativ vård). Det innebär att palliativ vård är relevant för samtliga vårdgivare inom såväl öppen som sluten vård i både kommunal och regional regi. Patienter med mer komplexa behov kan vara i behov av specialiserad palliativ vård.

För patienter med hjärtsvikt innebär detta att allmän palliativ vård kan vara tillräcklig och angelägen exempelvis för multisyjuka äldre där hjärtsvikten är en del av flera andra sjukdomar. Hos vissa patienter med avancerad hjärtsvikt kan behov finnas av specialiserad palliativ vård: på palliativ avdelning, i hemmet med stöd av avancerad hemsjukvård eller på sjukhusavdelning med stöd av palliativ konsult.

I dagsläget är hjärtsviktspatienter underrepresenterade i den palliativa vården. Orsaken anges ofta vara svårigheten att prognosticera det kliniska förloppet och därmed svårigheten att bedöma när det är dags för så kallat brytpunktssamtal [2]. Det är därför viktigt att inte basera behovet av palliativ vård på enstaka triggerepisoder utan att i stället se till patienternas behov och önskemål. Varje inläggning på sjukhus för hjärtsvikt är ett prognostiskt dåligt tecken [3] och därmed ett möjligt tillfälle att erbjuda samtal vid allvarlig sjukdom.

Alla hjärtsviktspatienter i sent skede bör därför, i likhet med andra patienter med palliativa vårdbehov, erbjudas samtal vid allvarlig sjukdom. Ett sådant samtal syftar till att bekräfta svårigheten med exakt prognosticerande, men också till att bekräfta allvaret i sjukdomen. Patienten bör få möjlighet att uttrycka sina existentiella behov och önsningar samt möjlighet att få en realistisk bild av vad hjärtsviktsvården kan erbjuda i detta skede.

Man bör, i samråd med patienten, upprätta en plan för kommande vårdbehov och diskutera behandlingsbegränsningar, om man ska avstå från hjärtåterupplivning och avstängning av eventuell ICD. Uppmuntra patienten att utse en närstående att kunna föra hens talan, då viktiga beslut i livets slutskede kan behöva tas när patienten själv inte längre kan kommunicera. Man bör också ha en plan för en strukturerad nedtrappning och utsättning av hjärtsviktsläkemedel i livets slutskede [4], se Tabell 1.

Detta är det som benämns basal eller allmän palliativ vård och det ska kunna göras av alla specialiteter: sjukhuskardiologi såväl som primärvård, se Tabell 2.

## Specialiserad palliativ hjärtsviktsvård

Patienter med avancerad hjärtsvikt och svåra symtom behöver ofta samtidigt stöd av både sjukhuskardiologi och specialiserad palliativ vård. Exakta kriterier för vad som är specialiserad palliativ vård är svåra att ange då det är patientens hela situation som avgör, i form av fysiska symptom, socialt stöd och existentiella liksom andliga behov [5].

Som exempel kan nämnas en patient med avancerad hjärtsvikt som kvalificerar för transplantation, men som har kontraindikationer som omöjliggör detta, eller en yngre patient med minderåriga barn och svår social situation.

I de länder som behandlar avancerad hjärtsvikt med vänsterkammarrassist (LVAD) som destinationsterapi ingår det i processen att patienten får träffa en palliativ konsult för att få en korrekt bild av alternativet (medicinsk behandling och god palliativ vård) som stöd i beslutet [6]. Patienten kan vårdas på kardiologisk sjukhusavdelning med stöd av palliativt konsultteam eller på palliativ avdelning med stöd av kardiolog. Symptomlindrande åtgärder kan även i palliativt skede inkludera intermittent inotropiskt stöd, PCI med mera.

## Symtom

Slutstadiet av hjärtsvikt i palliativt skede är ofta en biventrikulär svikt med dominerande symtom av högersvikt, även om patienten initialt hade en sviktande vänsterkammare. Detta innebär att akut lungödem är ganska ovanligt hos sviktpatienter med palliativa vårdbehov, eftersom detta förutsätter en välfungerande högerkammare som kan leverera ett högre flöde än vad vänsterkammare förmår att ta emot.

Slutstadiet av biventrikulär svikt kännetecknas av höga venösa fyllnadstryck med tendens till vätske-retention med bensvullnad och ascites men även ödem i tarmslemhinnan, vilket förklarar den onda cirkel dessa patienter lätt hamnar i med ökande ödem som ger sämre upptag av perorala diuretika som ger större ödem.

Förekomst av ascites kan i sig försämra njurfunktionen genom att det höga buktrycket adderar till det höga centralvenösa trycket och ger ett mycket lågt GFR. Detta försämrar diuretika-responsen ytterligare då samtliga loop-diuretika (även givna intravenöst) verkar i Henles slynga och således först måste filtreras ut i glomeruli för att kunna ha någon effekt.

Man bör därför vara mycket liberal med att tappa ut ascites hos dessa patienter och många kan i palliativt syfte ha nytta av ett permanent kvarliggande bukdränage för att kunna tappa sig själva i hemmet.

Nästan inga hjärtsviktsläkemedel verkar genom en direkt förbättrad hjärtfunktion, utan påverkar framför allt njurarna. En bra princip för hjärtsviktspatienter med palliativa vårdbehov är därför att fokusera på att så långt som möjligt skona och bevara njurfunktionen. Hjärtfunktionen är i de flesta fall stabilt dålig, men njurfunktionen är fortsatt ofta variabel. Detta innebär till exempel att vara försiktig med röntgenkontrast och att noga överväga risk mot nytta med CT eller förnyad coronarangiografi.

## Dyspné

Dyspné är ett vanligt symtom som oftast behandlas med diuretika. Diuretika är dock inte ett läkemedel mot dyspné utan ett medel mot övervätskning och i vissa fall beror dyspnén på detta, men många hjärtsviktspatienter har också kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL. Man bör därför först försöka bedöma graden av vätskeretention innan man behandlar dyspné med diuretika, för att undvika att patienten blir för hårt driven med försämrad njurfunktion som följd. Opioder har en specifik effekt av att lindra andnöd via opioidreceptorer i lungorna och ofta räcker betydligt lägre doser än vad som krävs för smärtlindring. Dyspné är ett dynamiskt symtom som behöver små doser opioid att ta vid behov, hög dos långverkande opioid kan orsaka sedering och illamående.

Vätskeretention förutsätter att man först måste få i sig vätska för att sedan retinera den. I livets absoluta slutskede slutar nästan alla människor att dricka och behovet av diuretika kommer då också att minska.

## Smärta

Smärta förekommer i hög grad hos hjärtsviktspatienter med palliativa vårdbehov men förbises ofta då det sällan är det sviktande hjärtat som gör ont utan snarare konsekvenserna av det. Man bör därför se till helheten och fråga efter smärtor i svullna ben, gikt, trycksår på grund av långvarig immobilisering med mera.

NSAID-preparat bör undvikas på grund av risk för försämrad njurfunktion, särskilt i närvaro av RAAS-blockad. Morfinpreparat är väl kända och dokumenterade i livets slutskede och bör inte undanhållas hjärtsviktspatienter. Man bör dock i första hand välja oxikodon framför morfin då den förra inte är lika beroende av njurfunktionen för sin elimination.

## Depression

Depression är vanligt hos patienter med svår hjärtsvikt och finns hos 20–30 % av patienterna [7, 8]. Ju svårare hjärtsvikt desto vanligare med depression och samtidigt ökar svår depression risken för sjukhusinläggningar och vårdbehov. Grunden för behandlingen av depression i livets slutskede är god kontroll av övriga hjärtsviktssymtom och psykosocialt stöd till patient och närstående.

## Deviceterapi

ICD-behandling förebygger plötslig arytmidöd till priset av risken för obehagliga elchocker. Risk kontra nytta med fortsatt ICD-behandling bör därför kontinuerligt omvärderas och diskuteras med patienten när man börjar komma i ett palliativ skede. I livets slutskede finns det risk för upprepade och meningslösa chocker och då bör patientens ICD stängas av [9]. I dagsläget sker detta långt ifrån i alla fall [10] och rutiner och resurser för ICD-avstängning, även i hemmet, bör därför finnas på alla centra som ansvarar för ICD-behandling.

Bradykardipacemaker liksom resynkroniseringsterapi (CRT) har inga biverkningar men medför stor risk för svåra symtom om de stängs av och bör därför fortsättas livet ut.

Tabell 1 Nedtrappning och utsättning av hjärtsviktsläkemedel i palliativ vård och livets slutskede.

Läkemedel	Förbättrad prognos	Symptom-lindrande	Palliativ vård	Livets slutskede
ACE-i/ARB/ARNi	Ja	Ja	Behåll men reducera dos efter blodtryck och njurfunktion	Sätt ut
Betablockad	Ja	Ja	Behåll men var beredd på att sänka dosen	Sätt ut
Digoxin	Nej	Ja	Behåll men beakta njurfunktion	Sätt ut
SGLT2-i	Ja	Ja	Behåll	Sätt ut
MRA	Ja	Ja	Behåll om blodtrycket tillåter	Sätt ut
Statiner	Ja	Nej	Sätt ut	Sätt ut
Trombocythämmare	Ja	Nej	Behåll om nylig PCI	Sätt ut
Antiarytmika	Ja/Nej	Ja/Nej	Behåll om symptomgivande arrytmi	Sätt ut
Diuretika	Nej	Ja	Behåll	Behåll

Tabell 2 Tre parallella flöden för hjärtsviktspatienten. Basal palliativ vård ska alla vårdgivare kunna ge och den ges samtidigt och integrerat med annan hjärtsviktsvård.

Hjärtsviktsvård	Basal palliativ vård	Specialiserad palliativ vård
Optimera medicinsk terapi efter patientens tillstånd	Fråga efter och behandla smärta, ångest, depression och andra icke-kardiella symtom	Vid särskilt svåra symptom och förhållanden
Tydlig kommunikation om tillstånd och prognos	Ta reda på patientens mål och förväntningar	Överväg palliativt konsultstöd för ineliggande patienter
Hantera akuta tillstånd	Gör vårdplaner för förväntade försämringar i samråd med patienter och anhöriga	Överväg remiss för avancerad sjukvård i hemmet
Assisterat beslutsfattande kring invasiva terapier	Samordna vården med andra aktörer kring patienten	Överväg remiss till palliativ avdelning för vård i livets slutskede
Monitorera och följa upp det kliniska förloppet	Utse ombud för patienten om och när de inte kan kommunicera själva	
Diskutera och besluta kring avstängning av ICD		

## Referenslista för Bilaga F – Palliativ vård vid hjärtsvikt

1. [Palliativ vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se)
2. Hill L et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail* 2020 Dec;22(12):2327-2339. doi: 10.1002/ejhf.1994
3. Setoguchi S et al. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J* 2007;154:260-6
4. Martinez-Selles M, Grodzicki T. Modification of Cardiovascular drugs in Advanced Heart Failure: A Narrative Review. *Front Cardiovasc Med*. 2022 May 23;9:883669. doi: 10.3389/fcvm.2022.883669. eCollection 2022.
5. Campbell RT et al. Which patients with heart failure should receive specialist palliative care? *Eur J Heart Fail* 2018;(20):1338-1347
6. Kavalieratos D et al. Palliative Care in Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(15): 1919-1930
7. Adler ED et al. Palliative Care in the Treatment of advanced Heart Failure. *Circulation* 2009; 120:2597-2606
8. Bekelman DB et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007 Apr;22(4):470-7. doi: 10.1007/s11606-006-0044-9.
9. Padeletti L et al. EHRA expert consensus statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Europace* 2010; 12: 1480-1489
10. Kinch Westerdahl A et al. Implantable cardioverter-defibrillator therapy before death: High risk for painful shocks at end of life. *Circulation* 2014; 129: 422-429