

Brytpunktsbedömning och brytpunktsamtal - lathund för läkare

Socialstyrelsens definitioner:

Palliativ vård i livets slutskede = Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede = Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Brytpunktsamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede = Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Brytpunktsbedömning:

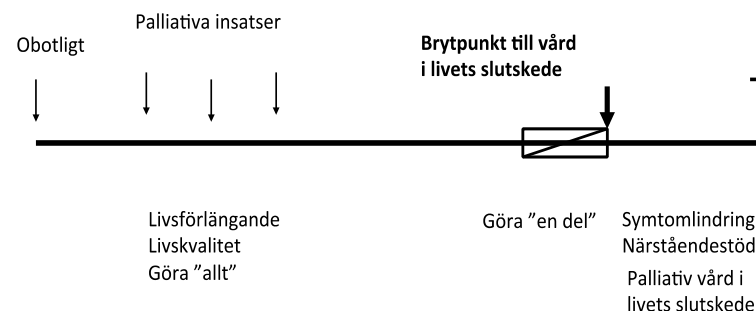
Det är läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning om var i ett sjukdomsförlopp varje enskild patient befinner sig. Detta skapar förutsättning för att utifrån det professionella perspektivet kunna rekommendera bästa möjliga vård för patienten och utgöra underlag för dialogen om den fortsatta vårdens innehåll och målsättning.

Är patienten i ett skede där sjukdomsinriktad behandling har goda förutsättningar att förbättra både livskvalitet och livslängd, är den naturliga utgångspunkten att "göra allt" också vid akut försämring.

Är patienten i ett skede av sjukdomen där sjukdomsinriktad behandling inte längre gagnar patienten, är målsättningen istället

så god symtomlindring som möjligt samt närståendestöd, dvs palliativ vård i livets slutskede. Detta innebär att sjukdomsinriktad behandling med livsförlängande syfte bör avslutas eller inte initieras. Även den medicinska indikationen för ytterligare droppbehandling, antibiotikabehandling, blodtransfusioner eller sjukhusvård måste etiskt värderas. Brytpunktsamtal ska genomföras.

Den medicinska bedömningen av patienten kan givetvis också hamna i ett mellanläge. En sådan situation är när patientens allmäntillstånd bedöms vara alltför nedsatt för ytterligare palliativ kemoterapi, kirurgi eller intensivvård men där t ex ytterligare blodtransfusioner, antibiotikabehandling av infektioner eller behandling av en hyperkalcemi fortfarande bedöms kunna gagna patienten.



Ny läkarbedömning behöver göras regelbundet så länge osäkerhet råder eller då patientens tillstånd förändras.

Tecken och tankar som kan tyda på att min patient är i livets slutskede:

Patient med:

- cancer som vilar/är sängliggande mer än halva dagen (= WHO performance status/ECOG ≥ 3).
- njursvikt i hemodialys som har svårt att tåla dialysen tryckmässigt eller är tröttare efter dialysen än före.
- demens som förlorat sin talförmåga, gångförmåga och nu börjar få allt svårare att svälja.
- multipla sjukdomar och täta vårdtillfällen på sjukhus för t ex fall eller infektioner.
- KOL grad IV eller hjärtsvikt grad IV med svår andnöd i vila trots maximal medicinering samt tillkomst av andra symtom som trötthet, aptitlöshet eller viktne­dgång.
- Du blir inte förvånad om Din patient har avlidit av sin sjukdom inom dagar/veckor/månader.

Några frågor att ta ställning till vid brytpunktsbedömning:

- I vilket sjukdomsstadium är patienten?
- Finns det ytterligare sjukdomsinriktad behandling som kan gagna patienten? Dvs som hon/han kan orka med och som har rimlig chans att ha effekt?
- Beror det nedsatta allmäntillståndet på en reversibel (= behandlingsbar) orsak t ex infektion, hyperkalcemi, anemi, glukosrubbing, postrenalt hinder, läkemedelsöverdosering?
- Gagnas patienten av denna intervention?
- Hur har patientens allmäntillstånd utvecklats senaste tiden? Plötsligt försämring ökar sannolikheten för reversibel orsak. Successivt försämrad ork ökar troligheten att sjukdomsprogress är orsaken.
- Vad bör göras av allt vi kan göra?

Glöm inte att vi alltid måste respektera patientens "vetorätt", dvs rätt att tacka nej till de åtgärder vi erbjuder. Dokumentera i journalen vad Din medicinska bedömning blir, vad den grundar

sig på, vilka insatser som inte är aktuella respektive aktuella i dagsläget och vid ytterligare försämring.

Brytpunktsamtal (BPS) vid övergången till vård i livets slutskede:

Brytpunktssamtalet genomförs av Dig som läkare när den medicinska brytpunktsbedömningen visar att palliativ vård i livets slutskede är det vårdinnehåll som gagnar aktuell patient bäst.

Idag är reaktiva brytpunktssamtal vanligast. Det kan t ex vara en sjuksköterska som ringer till Dig och berättar att en tidigare svårt sjuk patient markant försämrats. Ibland har du träffat patienten tidigare, ibland inte. En annan liknande situation kan vara när ny information t ex ett röntgensvar dyker upp som helt förändrar den kliniska situationen.

Att proaktiva brytpunktssamtal genomförs är idag relativt ovanligt. Patienten har då ett stabilt men potentiellt allvarligt tillstånd där en försämring någon gång kommer att inträffa. Syftet med detta proaktiva samtal är att på ett djupare plan involvera patienten i vårdens utformning utifrån personliga preferenser och unika val. Detta skapar å ena sidan en reell valfrihet, å andra sidan kan det vara svårt med samtalets timing med risk för kränkning av personens integritet. I nedanstående steg beskrivs ett arbetssätt för reaktivt brytpunktssamtal. Kom ihåg att vara lyhörd för patientens behov!

Steg 1: Förberedelser innan patientbesöket

Inför samtalet måste Du förbereda dig noggrant. Sätt Dig in i patientens sjukhistoria, inhämta information från t ex journal, andra personalgrupper och andra kollegor. Försök sedan besvara följande frågor.

- Bör närstående erbjudas möjlighet att vara med?
- Bör sjuksköterska vara närvarande?
- Vad tror Du har hänt?
- Vad kan göras?
- Vad bör göras av det som kan göras?
- Vad är preliminärt den bästa möjliga vården för patienten som Du vill rekommendera

Förankra hos eventuella andra aktuella vårdgivare

Har patienten bibehållen kommunikativ förmåga är hon/han självklar huvudpart i dialogen. Om så inte är fallet inbjuds närstående. Idealiskt är att närstående alltid inbjuds till att delta i BPS efter att patientens lämnat sitt samtycke.

Steg 2: Patientbesöket: Inhämta ny information

Hälsa på patient och närstående. Berätta att Du förberett Dig noga men att Du vill ställa några kompletterande frågor och göra en kroppsundersökning först innan mer information ges. Du kan t ex ställa patienten frågan om vad som för stunden bekymrar/plågar patienten mest just nu och hur patienten ser på sin situation. Detta arbetssätt skapar förtroende och Du får värdefull inre tid för att besvara nedanstående frågor.

- Om närstående är närvarande hur agerar de i rummet?
- Stämmer Din preliminära bedömning?

- Vilken är den sammanvägt bästa möjliga vård för patienten som Du vill rekommendera och varför är den bäst? Du måste bestämma Dig!

Steg 3: Ge information

Gå patientens väg för att skapa ett gemensamt nuläge. Det är viktigt att Du använder svenska ord som inte kan missförstås. *"Din pappa utreddes för 15 år sedan pga minnesstörning och det visade sig att den berodde på en Alzheimer demens..."* Stäm av på vägen så att alla i rummet är överens om beskrivningen. Sammanfatta flera gånger under resan.

Beskriv vad som nu inträffat: *"När jag undersöker din pappa hör jag på vänster lunga att han har en lunginflammation... och min bedömning är att han är i livets slutskede".*

Beskriv vad Du upplever som bästa möjliga vård och varför Du tycker det. Relatera till t ex godhets- och icke-skadapprinciperna. *"Jag har vägt för- och nackdelar med att ge penicillinbehandling som han ju fått flera gånger förut men jag har kommit fram till att om vi nu skulle genomföra en sådan behandling den här gången så orsakar vi mer skada än nytta. Däremot så är det viktigt att vi ser till att symtomlindringen och omvårdnaden fungerar så bra som möjligt..."*

Beskriv konkret hur planeringen ser ut dygnet som kommer.

Steg 4: Patientens och närståendes tolkning av informationen

Bjud in patient eller närstående i samtalet. *"Hur går Dina tankar när Du hör detta?"* alternativt vänta på reaktionen. Försättningen kan Du inte kontrollera men om Du gjort grundarbetet rätt är alla överens om resan, nuläget och vad som är att betrakta som bästa möjliga vård. Våga vara kvar! Det är då mötet kan ske!

Steg 5: Mötet

Genom en rollförändring från att enbart vara den professionella läkaren till att också vara medmänniska kan mötet ske som skapar en ömsesidig, tillitsfull relation med acceptans av situationen och som möjliggör en förflyttning av fokus från det rent medicinska till andra för individen viktiga områden. Mötet kan även ge förutsättningar för nytt men förändrat hopp och skapa samsyn på vårdens inriktning och mål.

Försök svara så gott det går på de kompletterande frågor som kommer:

- Hur lång tid är det kvar?
- Kommer han att lida?
- Vad kommer att ske?

Vissa frågor måste ställas men kan inte besvaras och det vet patient eller närstående. Andra frågor finns men ställs inte och vi måste våga lyfta dem t ex oron att belasta närstående.

Vi läkare överskattar ofta kvarvarande livstid och prognostisering är svår men ofta kan patienten hjälpa oss med tidsramarna (=dag-dagar, vecka-veckor, månad-flera månader).

”Hur lång tid har jag kvar?”

”Jag vet inte men Du har säkert funderat en hel del själv på det. Hur går Dina tankar?”

”Jag har ju känt att krafterna försvunnit så snabbt sista tiden så jag tror inte jag får uppleva jul.”

”Så tänker nog jag också.”

Ibland kan hastigheten på försämringen vara en ledtråd. Har orken, trots alla åtgärder, blivit sämre för var dag eller vecka som gått så kan det vara så att den utvecklingen fortsätter.

Plågor på slutet är många oroliga för. Det finns ingen regel som säger att det måste bli mer plågsamt för att man blir sämre. Det som oundvikligen blir sämre när sjukdomen progredierar är orken. Man kommer att sova mer och mer, de vakna stunderna blir kortare och kortare för att till slut gå över i en konstant slummer. De klara stunderna blir färre och kortare. Det viktiga är att hålla eventuell smärta och andra symtom så väl lindrade som möjligt hela tiden och att i tid säkra tillförseln av nödvändiga symtomlindrande läkemedel genom att gå över till parenterala alternativ (subkutana injektioner, smärtpump eller liknande) innan patienten förlorar förmågan att svälja sina tabletter.

Vid hjärtsvikt, KOL, ALS och lungcancer/metastasering finns ofta en rädsla för kvävning. Det absolut vanligaste förloppet är dock antingen tilltagande trötthet och medvetandesänkning pga koldioxidretention alternativt snabbt påkommen hypoxi och medvetandesänkning pga pneumoni eller atelektasutveckling. När väl medvetelslösheten är ett faktum upphör möjligheten att uppleva lidande. Samtal om denna förväntade tilltagande trötthet upplevs i många fall som lugnande för patient och närstående.

Vad gäller belastning på närstående är det viktigt att lyfta fram möjligheterna med närståendepenning, avlastning, hemtjänst, växelvård etc. Ibland kan Du som läkare underlätta den fortsatta dialogen inom familjen genom fakta och öppenhet som undanröjer en del missförstånd beroende på att man tidigare inte öppet diskuterat dessa frågor sinsemellan för att man velat skydda varandra. Kunskap hos patient och närstående skapar trygghet!

Avsluta mötet med att sammanfatta vad Ni kommit fram till, hur planen ser ut framåt och när och hur Du som läkare kan nås för ytterligare dialog.

Steg 6 Efter samtalet - dokumentation och teaminformation.

För att möjliggöra att hela teamet arbetar med samma mål för vården krävs att brytpunktssamtalets huvudsakliga innehåll både dokumenteras och kommuniceras till teamet.

Exempel på dokumentation

Bedömning: Berättade för Gunnar idag att kemoterapin inte längre har någon effekt och att gallvägarna eventuellt går att avlasta med PTC men att vinsterna med ingreppet i hög grad understiger risken för ytterligare försämrad livskvalitet. Gunnar hade funderat i liknande banor innan besöket och blev egentligen inte överraskad men naturligtvis ledsen. Han undrade vad som skulle hända och jag berättade hur det varit för andra som jag mött i samma situation med samma sjukdom. Att tröttheten, matledan och gulheten brukar vara de största problemen men att smärtan brukar hålla sig borta. Jag hade innan besöket kontaktat hemsjukvården som lovat att ansluta Gunnar under morgondagen för palliativ vård i livets slutskede och Gunnar tyckte det kändes bra. Gunnar frågade hur lång tid han hade kvar, han tänkte själv i termer av någon månad och jag sa att det stämde med hur jag tänkte. Han berättade att han var nöjd med sitt liv men att han var orolig för hur hustrun skulle ta det, jag berättade att hemsjukvården även var till för henne. Utfärdar närståendepenningsintyg. Remiss till den specialiserade hemsjukvården.

Diagnos: Generaliserad pancreascancer C 25.9