

REFERAT FRA EUROHEARTCARE 2014

*Torhild Solli og Hege Wathne, Medisinsk intensiv overvåkning (MIO),
Stavanger universitetssykehus*

Den årlige EuroHeartCare-kongressen ble i år avviklet i Stavanger. Hovedtemaet for årets kongress var «Heart & Mind», og fokuset var rettet mot å inkludere de psykiske konsekvensene av sykdom på samme måte som de fysiske. Dette ble vektlagt allerede i velkomstforedraget av S. Pedersen fra Danmark.

Hun eksemplifiserte ved å bruke pasienter som hadde innlagt ICD. Mange av disse pasientene sliter med angst og depresjoner og kunne derfor hatt nytte av å prate med en psykolog. Flere kardiologer ønsker også å henvise til dette, men psykologer har ikke kompetanse hverken innen kardiologi eller i forhold til ICD.

Dette er et problem. Det viser seg også at mange kardiologiske pasienter er aktive og kunnskapssøkende. Mange stiller krav i forhold til hvordan de vil bli behandlet og fulgt opp og ønsker å ha større kontroll og innflytelse over sin egen medisinske behandling. Samtidig har liggetiden for pasientene sunket betraktelig de siste årene. Dette stiller store krav til hva vi som helsepersonell tilbyr pasientene både under selve innleggelsen og også etter utskrivelsen.

Flere foredragsholdere argumenterte for nødvendigheten av bedre informasjonsutveksling mellom helsepersonell og pasient. Begrepet «shared decision making» gikk igjen hos mange og representerer en prosess hvor helsepersonell og pasient i større grad utveksler kunnskap og informasjon og sammen blir enig om et videre forløp som passer den enkelte. J. Spertus fra Kansas City, USA, hevdet at kardiologiske pasienter i mye større grad må inkluderes i spørsmål som angår dem selv og egen sykdom. Helsepersonell kan ikke lenger være enerådende i forhold til å diktere behandlingsforløp. Pasientene må informere

om ulike valg, og vi som helsepersonell må respektere at pasientenes preferanser kan avvike fra våre. Resultatet vil bli en mer skreddersydd behandling og pleie hvor pasientenes behov, preferanser og verdier blir tatt hensyn til. I Kansas hadde de utviklet

egne «Decision Support Tools» som har bedret toveis kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient og også veien frem mot en medisinsk plan.

Oppfølging etter utskrivning

Et annet viktig tema som gikk igjen under kongressen, var viktigheten av å sørge for at kardiologiske pasienter fikk oppfølging også etter utskrivelse fra sykehus. Flere foredragsholdere påpekte at utskrivelse ikke er et «end-point». Vi må derfor bli bedre på undervisning under innleggelsen samt utskrivingsinformasjon før hjemreise.

H. Iles-Smith fra Storbritannia refererte til en kvalitativ studie som viste at 11 % av pasienter som har fått utført PCI pga. myokardinfarkt, reinnlegges innen 6 måneder med ulike kardiale symptomer uten at dette skyldtes et nytt infarkt. Denne studien undersøkte opplevelsene til 25 reinnlagte pasientene, og forskerne fant at både redsel for et nytt infarkt, usikkerhet knyttet til symptomer, manglende evne til å bedømme symptomer samt vanskeligheter med å tilpasse seg et liv etter infarkt var medvirkende årsaker til re-innleggelsen. Flere av innleggelsene kunne vært unngått dersom man hadde implementert teknikker som reduserte angst og underviste pasientene bedre i symptom-gjenkjennelse og hva de kan forvente å oppleve i tiden etter et infarkt. Forskerne i denne studien konkluderte med at alle pasienter som har gjennomgått PCI, tilsynelatende har behov for



debriefing og at mangelen på undervisning og oppfølging av denne pasientgruppen er bekymringsverdig.

Undervisning og god informasjon før utskrivelse bidrar dessuten også til større etterlevelse. Flere forelesere presiserte at pasienter som behandles som individuelle personer med egne valg, er mindre usikre angående egen sykdom og også følger behandlingsregime. Dette medfører færre sykehusinnleggelse. Så selv om mer informasjon og flere og lengre samtaler tar tid, er det mer effektivt over tid.

Telemedisin

Årets kongress hadde også et symposium knyttet til telemedisin fra Nordsjøen og Nord-Norge. Bakgrunnen for bruk av telemedisin i Nord-Norge er lange avstander og ofte dårlig vær. Medisinske spesialister befinner seg kun på de store sykehusene. For at disse spesialistene skulle nå ut til flere av pasientene hadde man tatt i bruk satellitt-stasjoner - blant annet for dialyse. Videokonferanse ble brukt i kommunikasjonen mellom sykehuset og satellitten. Via brukervennlig utstyr/telefon kan pasienten selv sende for eksempel blodsukkerverdier til sykehus og motta konsultasjon hjemmefra. Mulighetene er mange, og flere planer finnes for fremtiden.

Praktisk bruk av telemedisin ble demonstrert av Arne Evensen fra Statoil. Han hadde direkte kontakt med en oljerigg i Nordsjøen, og vi blant publikum fikk demonstrert en konsultasjon mellom helsepersonell offshore og lege på sykehus. Legen på sykehus kunne både se og prate med pasienten. Vi fikk også se god bildekvalitet av ultralydundersøkelse og EKG.

Psykisk oppfølging, livskvalitet

I løpet av kongressen ble det presentert mye spennende forskning knyttet til flere ulike kardiologiske pasientgrupper, blant annet pasienter med ICD og pasienter med hjertesvikt. Flere pasienter med

hjertesvikt lever med angst, depresjon og nedsatt livskvalitet. Forskning viser også at mange i denne pasientgruppen ofte har liten innsikt i egen sykdom og prognose. I. Thylén fra Linköping i Sverige argumenterte for å utvikle bedre verktøy for å screene pasienter med hjertesvikt for å finne dem som er i risikozonen for å utvikle psykiske symptomer. For å kunne optimalisere behandlingen for pasienter med hjertesvikt må det inkluderes en psykososial dimensjon, og dette er vi for dårlig på i dag. Eksempelvis er symptomer på depresjon avgjørende både i forhold til rehabilitering og etterlevelse. Det viser seg at pasienter som sliter med depresjon i mye større grad faller fra i rehabilitering - eller de starter ikke opp i det hele tatt. I tillegg er deprimerede pasienter dårligere til å følge behandlingsregimer. M. C Deaton hevdet i sitt foredrag at mange pasienter med hjertesvikt ønsker å bytte ut livslengde med livskvalitet. Derfor er det nettopp livskvalitet som bør være endepunktkriterie i møte med hjertesvikt-pasienten. For å få til dette må den kardiologiske oppfølgingen bli mer personlig.

M. L. A Luttik fra Groningen i Nederland argumenterte for å utvikle egne undervisningsprogrammer som retter seg mot partneren til hjertesviktpasienten, noe som på sikt vil kunne redusere byrden i forhold til det å leve med en kronisk syk person.

Hvilken nytte kan man ha av livskvalitet-skjema i klinisk praksis? Det er viktig å huske at to personer med lik score på et slikt spørreskjema kan ha helt ulik livskvalitet. Pasienten kan føle seg verre eller bedre



uavhengig av verdiene som blir målt. Vi må huske å samtidig spørre hvordan pasienten faktisk har det og føler seg. Undersøkelser har vist svaret på et slikt enkelt spørsmål faktisk kan forutsi både progresjon i sykdommen og fremtidige sykehusinnleggelses.

Livskvalitet-skjema ble anbefalt brukt når man skal utarbeide en behandlingsplan sammen med pasienten. Det er viktig å bruke skjemaet flere ganger for å måle fremgang og tilbakegang, og slike skjemaer har vist seg spesielt nyttig i møte for hjertesvikt pasienter.

Oppfølging av ICD-pasienter

Pasienter med innlagt ICD representerer en annen pasientgruppe som ofte sliter med ulike psykiske symptomer og som også har et stort oppfølgings- og informasjonsbehov. Dette skyldes blant annet frykt for fremtidige sjokk, men også i forhold til sykdomsutvikling og fremtiden generelt. Innleggelse av ICD krever derfor, i følge L. Hill fra Ulster i Storbritannia, god planlegging og undervisning. Når helsetilstanden til pasientene forverres, er det også viktig å informere og planlegge et videre forløp ut i fra prognose. Er det sannsynlig at pasienten dør innen et år, bør helsepersonell ha en samtale med pasienten og pårørende om det videre forløpet. Hva er deres ønsker, og hvor ønsker pasienten og dør?

Undersøkelser viser at de fleste ønsker å dø hjemme.

J.M Beattie fra Birmingham, Storbritannia, argumenterte for å inkludere «end-of-life»-informasjon allerede før innleggelse av ICD. Han hevdet det var et paradoks å implantere en enhet som skal forhindre at pasienten dør uten og samtidig snakke om døden. I retningslinjene heter det også at deaktivering av ICD skal diskuteres med pasienten og at temaet også skal kontinueres. Allikevel viser undersøkelser, blant annet fra Sverige, at dette ikke er vanlig. Det er særlig viktig at ICD-en skrur av når pasienten er i en terminal fase. Ca. 30 % av pasientene får ICD-innslag de siste dagene av livet – eksempelvis pasienten blir hypoksisk. Å skru av ICD-en vil dermed øke verdigheten.

Sykepleieutdannelsen

EuroHeartCare satte også sykepleierutdanningen på dagsordenen. Det har vist seg å være store forskjeller i Europa, og via CCNAP er det derfor utviklet ulike program for å utdanne flere spesialister i kardiologi. For lettere å få økonomisk støtte til utdanning av sykepleiere ble det presentert data som viste at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom utdanning, bemanning og pasientoverlevelse på sykehus. Både i Norge og Spania er 100 % av sykepleierne ansatt på sykehus offentlig godkjent. Dette står i sterk kontrast til eksempelvis Sveits, hvor bare 10 % av sykepleierne er offentlig godkjent. I nabolandet Sverige er andelen 50 %. Land med lav sykepleiebemanning har høyere pasientdødelighet.

Det viser seg også at dersom en sykepleier får ansvar for en ekstra pasient utover det som er beregnet, øker pasientdødeligheten med 7 %. Nødvendigheten av sykepleieren synes derfor udiskutabel, og det er viktig med gode utdanningsprogrammer.

Det var sendt inn over 200 abstrakter til årets kongress, og det ble presentert mange flotte og interessante tema og forskningsresultater både på postere og via muntlige fremlegg. I år fikk også alle deltagerne mulighet til å teste sine praktiske ferdigheter i hjerte-lunge-redning. Resultatene fra dette skal det forskes på. Vi håper at mange sykepleiere som arbeider med kardiologiske pasienter, ble inspirert til faglig fordypning og forskning etter dagene i Stavanger. Vel møtt neste år i Dubrovnik, Kroatia.

