

Utrymme för förbättringar vid akutbesök för epilepsianfall

HÖG KVALITET PÅ AKUT EPILEPSIVÅRD MEN DOKUMENTATION AV MISSBRUK OCH INFORMATION OM BILKÖRNING KAN BLI BÄTTRE

Firas Al-Jashami, specialistläkare, stroke- och neurologisektionen, medicinkliniken, Västerås sjukhus, Västerås

Måns Berglund, ST-läkare, Neurohuvud-halscentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Lisa Bergström, doktorand, specialistläkare, Östersunds sjukhus

Maria Bäärnhielm, med dr, specialistläkare, Läkemedelsverket, Uppsala

Hanna Eriksson, doktorand, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Eva Kumlien, professor, överläkare, neurologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sara Melin, ST-läkare, neurologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset Solna

Victor Vall, ST-läkare, neurologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Johan Zelano, docent, specialistläkare, Neurosjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● johan.zelano@gu.se

Omkring en procent av alla besök på akutmottagningar i USA och Europa föranleds av epileptiska anfall [1, 2]. Dessa kan inträffa i olika medicinska sammanhang: vid känd epilepsisjukdom, som ett första provocerat epileptiskt anfall eller som ett akutsymtomatiskt/provocerat anfall utlöst av alkohol eller andra CNS-aktiva substanser. Ett epileptiskt anfall kan också vara ett symptom på ett omedelbart behandlingskrävande tillstånd, som stroke eller hjärninfection. Det akuta omhändertagandet av en person med ett epileptiskt anfall ställer därför stora krav på sjukvården.

Rekommendationer för omhändertagande av en vuxen person med ett första epileptiskt anfall finns utgivna av flera epilepsiorganisationer [3, 4]. Handläggningen innefattar som regel inhämtande av vittnesbeskrivning, klinisk undersökning, laboratorieprovtagning, EKG och neuroradiologi. Anamnes gällande exponering för droger och alkohol är viktig för att identifiera akutsymtomatiska anfall och deras orsak. Handläggningen vid anfall under andra omständigheter varierar med den kliniska situationen. Vid ett pågående anfall (status epilepticus) ges snabbt anfallsbrytande läkemedel samtidigt som man söker efter behandlingsbar orsak. Vid ett anfall som upphört av sig självt hos en person med känd epilepsi individanpassas omhändertagandet, men man bör söka efter traumatiska skador och det kan vara lämpligt att mäta serumkoncentration av antiepileptika. Ett epileptiskt anfall innebär som regel hinder för bilkörning, vilket läkare är skyldiga att anmäla till Transportstyrelsen – även om möjligheten till muntlig överenskommelse finns.

I Storbritannien genomfördes för några år sedan granskningen National audit of seizure management in hospitals (NASH) [1]. Undersökningen identifierade flera brister. Inom ramen för ett EU-finansierat forskningsprojekt om epilepsisjukvård (European study on the burden and care of epilepsy) har en liknande undersökning nu genomförts på europeisk nivå (EuroNASH). Sex svenska sjukhus har deltagit. Resultaten kan förhoppningsvis vara av värde för förbättringsarbeten vid akutmottagningar och i implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för epilepsisjukvård [5]. Arbetet med EuroNASH kan också tjäna som exempel på internationellt samordnat förbättringsarbete. Deltagande sjukhus fick rapporter med sina resultat åskådliggjorda i jämförelse med nationellt och europeiskt genomsnitt, vilket kunde användas i internt förbättringsarbete. Det akuta omhändertagandet visade sig genomgående vara utmärkt, men förbättringspotential finns vad gäller dokumentation av anfallsprovocerande faktorer och information till patienten om körkortsregler.

tagandet visade sig genomgående vara utmärkt, men förbättringspotential finns vad gäller dokumentation av anfallsprovocerande faktorer och information till patienten om körkortsregler.

MATERIAL OCH METODER Studiekohort

Totalt genomfördes EuroNASH på 48 sjukhus i 16 länder. I Sverige deltog Akademiska sjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset i Solna, Norrlands universitetssjukhus, Västerås sjukhus, Östersunds sjukhus och Sahlgrenska universitetssjukhuset. På varje sjukhus studerades 50 konsekutiva vårdtillfällen som uppfyllde undersökningens inklusionskriterier och som gällde akutbesök för ett epileptiskt anfall efter den 1 augusti 2016. Vårdtillfällena identifierades genom diagnoskodssökning i elektroniska patientliggare och efterföljande journalgranskning. Inklusionskriterier var ålder över 16 år och sökorsak provocerat epileptiskt anfall. Exklusionskriterier var akutsymtomatiskt anfall till följd av en reversibel orsak, som missbruk. Studieobjekt var vårdtillfällen, så olika vårdtillfällen kan ha gällt samma person.

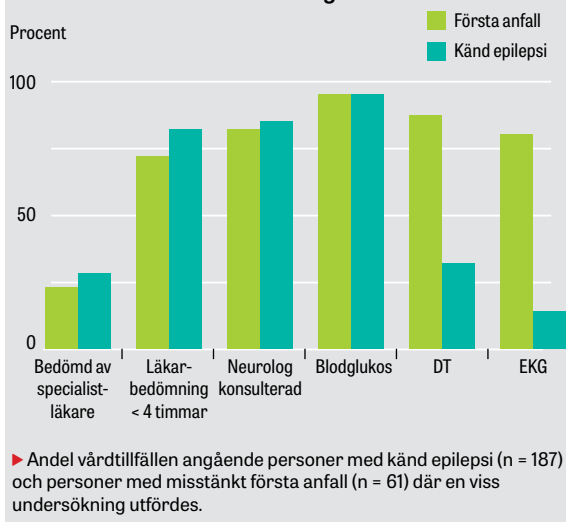
Datainsamling och dataanalys

Data extraherades från patientjournaler. För att harmonisera tolkningen av frågorna (som hade engelsk förklaring) vad gällde exempelvis vårdnivåer och läkares tjänstetitlar hade deltagande sjukhus mejlkontakt och avstämningsmöten via video. Avidentifierade uppgifter om olika handläggningsmoment och ledti-

HUVUDBUDSKAP

- Sex svenska sjukhus har deltagit i ett europeiskt kvalitetsprojekt om vårdkvalitet vid akutbesök för epileptiska anfall.
- 50 konsekutiva akutbesök studerades vid varje sjukhus och olika kvalitetsparametrar bedömdes.
- Endast vid 56 procent av de besök som rörde personer med känd epilepsi hade personen träffat neurolog det senaste året.
- Patienter med ett epileptiskt anfall fick som regel snabbt och adekvat akut medicinskt omhändertagande.
- Förbättringspotential finns avseende dokumentation av alkoholvanor och substansmissbruk samt given information om bilkörning.

FIGUR 1. Det akuta omhändertagandet



der vid vårdtillfällena analyserades av studiecentrumet i Liverpool. I denna artikel redovisas de samlade resultaten för hela Sverige.

Etik

Projektet genomfördes som kvalitetsprojekt på verksamhetschefens uppdrag på deltagande sjukhus. Den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg bedömde inte att projektet omfattades av etikprövningslagen, men avgav ett rådgivande yttrande att man inte hade något att invända (EPN 068-17).

RESULTAT

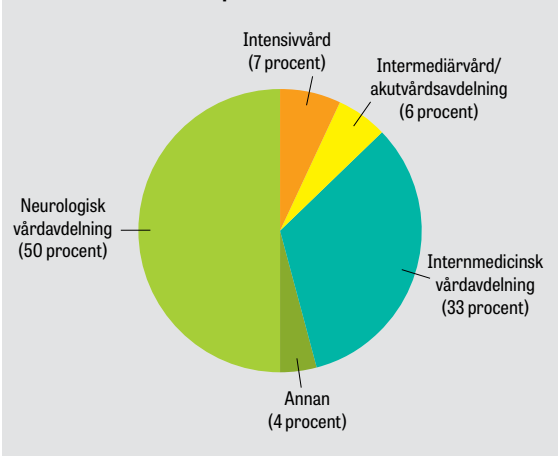
Vårdtillfällena och vård före besöket

Totalt studerades 300 besök (50 per sjukhus), varav 155 gällde kvinnor (52 procent). Vid 80 procent av besöken hade anfaller upphört före ankomst till akutmottagningen. 272 besök (91 procent) gällde personer som bodde i upptagningsområdet för den akutmottagning de uppsökte. 187 besök (62 procent) gällde personer med känd epilepsi. Vid 56 procent av dessa hade personen med epilepsi träffat neurolog inom det senaste året före akutbesöket, och vid 26 procent av dem hade personen haft kontakt med epilepsisjuksköterska. Vid 53 procent av de besök som gällde personer med känd epilepsi hade samma person uppsökt akutmottagningen för ett anfall under de föregående tolv månaderna.

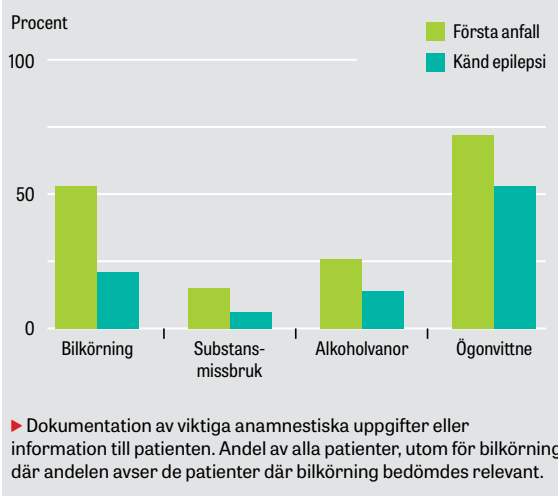
Akut omhändertagande och efterföljande slutenvård

Det akuta omhändertagandet analyserades för personer med känd epilepsi och personer med misstänkt första epileptiskt anfall (Figur 1). I den absoluta majoriteten av besöken träffade patienten läkare inom fyra timmar, och vid över 80 procent av besöken konsulterades neurolog någon gång under vårdtillfället, antingen på akutmottagningen eller under senare slutenvård. EKG användes vid 80 procent av de besök som gällde ett misstänkt förstagångsanfall. Vid 32 procent av de besök som gällde patienter med känd epilepsi genomfördes datortomografi av hjärnan. Av samtliga besök resulterade 179 (60 procent) i inläggning. Inläggning var vanligare vid de två länssjukhus som del-

FIGUR 2. Vårdnivå för patienter som slutenvårdades



FIGUR 3. Dokumentation av anamnes och information till patient



tog i undersökningen än vid universitetssjukhusen. I Figur 2 visas vårdnivån för slutenvården.

Dokumentation

Slutligen undersöktes dokumentation av anamnes och lämnad information till patienten (Figur 3). Dokumentation av att man inhämtat eller försökt inhämta ögonvittnesbeskrivning fanns för 56 procent av alla besök och 72 procent av alla besök som gällde förstagångsanfall. Dokumentationen av alkoholvanor och substansmissbruk var genomgående begränsad. Samma sak gällde bilkörning - i endast 38 procent av de fall där bilkörning var relevant var det dokumenterat att man gett patienten instruktion att inte köra bil eller tillskrivit Transportstyrelsen.

DISKUSSION

De svenska resultaten i EuroNASH ger bilden att det akuta medicinska omhändertagandet av personer med epileptiska anfall vid de deltagande sjukhusen fungerat bra. Det får anses positivt att ögonvittnesbeskrivning söktes vid omkring 70 procent av de vårdtillfällen som gällde förstagångsanfall, även om ansträngningar bör göras för att genom utbildning öka

andelen ytterligare. Vid oklara medvetandeförluster är ögonvittnesbeskrivning till mycket stor hjälp, inte minst för att avgöra om det inträffade verkligen var ett epileptiskt anfall. Viss förbättringspotential finns avseende att använda EKG vid ett misstänkt första anfall, vilket gjordes vid något över 80 procent av besöken. Kardiell synkope är en viktig differentialdiagnos, och EKG bör som regel ingå i den akuta bedömningen. Man kan ur ett strålskyddsperspektiv också fundera på om datortomografi i en tredjedel av de besök som gällde personer med känd epilepsi kan vara ett tecken på alltför frikostig användning.

Brister identifierades främst avseende faktorer som är viktiga för den fortsatta handläggningen efter akutbesök - dokumentation av substansmissbruk och alkoholvanor samt instruktioner om bilkörning. Läkemedel, illegala droger och alkohol är vanliga orsaker till akutsymtomatiska epileptiska anfall. Om missbruk identifieras kan patienten i stället erbjudas beroendekontakt, och om ett förskrivet läkemedel orsakat det epileptiska anfallet kan behandlingen justeras. För patienten är kopplingen mellan exempelvis ett extensivt intag av värk- eller sömntabletter och ett epileptiskt anfall ofta inte uppenbar. Det förekommer att anfall utlösta av missbruk läggs till grund för epilepsidiagnos, vilket är olyckligt av dubbla skäl: dels får patienten felaktig epilepsidiagnos med alla dess negativa konsekvenser, dels erbjuds ingen behandling av missbruk.

Vidare fann vi låg grad av dokumentation vad gäller information om bilkörning. Ett epileptiskt anfall kan få katastrofala följder vid bilkörning, och reglerna säger att läkare har anmälningsskyldighet till Transportstyrelsen vid medicinsk olämplighet. Som grundregel för lägre behörigheter anses sådan föreligga i sex månader efter ett första epileptiskt anfall och i ett år vid epilepsi. Om läkaren bedömer att en muntlig tillsägelse kommer att följas måste anmälan inte göras, men Transportstyrelsen anser att detta måste dokumenteras i journal och följas upp. Patienten bör i så fall få såväl skriftlig som muntlig information. Vid högre körkortsbehörigheter gäller mycket längre tidsgränser.

Det är intressant att endast hälften av patienterna med känd epilepsidiagnos träffat neurolog det senaste året före sitt anfall och att endast en fjärdedel haft kontakt med epilepsisjukköterska, trots att patienter som söker akut med anfall sannolikt har mer aktiv epilepsi än personer med epilepsi i genomsnitt. Observationen talar för resursbrist i svensk epilepsisjukvård i förhållande till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I dessa anges att patienter med epilepsi ska ha regelbunden uppföljning och möjlighet till snabb kontakt med epilepsisjukköterska [5].

Studien har de styrkor och svagheter som normalt associeras med retrospektiva journalgranskningar.

Till dess styrkor hör att alla deltagande sjukhus granskade journaler för samma tidsperiod och användningen av ett fördefinierat formulär. Till dess nackdelar hör att en studie utformad för alla EU-länder sannolikt inte är optimal för att studera svensk vårdkvalitet, eftersom dokumentationsrutiner troligen skiljer sig mellan länder. Vi har valt att redovisa resultatet för hela Sverige snarare än uppdelat på enskilda sjukhus, eftersom identifierade brister då med större sannolikhet kan antas vara representativa för hela den svenska sjukvården.

Såväl missbruk som bilkörning är ämnen som inte lätt låter sig beröras på en akutmottagning. Egentligen borde ett första epileptiskt anfall - ofta en omtumlande och ibland livsförändrande händelse - alltid resultera i slutenvård, så att patienten utan att vara postiktal kan få såväl information som möjlighet att ställa frågor dagen efter anfallet. Vårdplatsbristens verklighet kan dock vara en annan, vilket visas av resultaten från sjukhusen i större städer. Vårdgivare hos vilka slutenvård inte kan vara rutin efter ett första epileptiskt anfall bör på annat sätt försöka säkerställa att information och uppföljning ändå fungerar tillfredsställande. En modell som rekommenderas i Skottland, med snabbt besök till neurolog (first seizure clinic), har införts på Sahlgrenska universitetssjukhuset [3]. Detta innebär att patienter med ett första oprovocerat epileptiskt anfall prioriteras för ett besök på neurologmottagningen, med målet att de ska erbjudas tid inom två till fyra veckor. Informationsbroschyrer där bilkörningsregler ingår ges till patienten på akutmottagningen (kan fås på förfrågan från den korresponderande artikelförfattaren).

Epileptiska anfall är en vanlig sökorsak på akutmottagningar i hela landet. Undersökningen visar att vårdkvaliteten är hög, men att anamnes om anfallsprovocerande faktorer och följsamhet till reglerna om bilkörning bör förbättras, exempelvis genom utbildningsinsatser. Checklistor och förtryckt patientinformationsmaterial om körkortsregler kan vara andra vägar att uppnå ännu högre vårdkvalitet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Johan Zelano är styrelseledamot i Svenska epilepsisällskapet och Svenska neurologföreningen, har mottagit ersättning för uppdrag för Läkemedelsverket, föreläsararvode från UCB och deltar som anställd vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (ingen personlig ersättning) i industrisponsrade kliniska prövningar.

● EuroNASH (Torbjörn Tomson, Karolinska universitetssjukhuset, medlem i styrgruppen, samt Anthony Marson, ansvarig för rapporten, och Claire Taylor, studiekoordinator; båda Liverpool universitet, Storbritannien) har bidragit med råd och underlag till artikeln.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:FXFP*

REFERENSER

- Dixon PA, Kirkham JJ, Marson AG, et al. National Audit of Seizure management in Hospitals (NASH): results of the national audit of adult epilepsy in the UK. *BMJ Open*. 2015;5(3):e007325.
- Pallin DJ, Goldstein JN, Moussally JS, et al. Seizure visits in US emergency departments: epidemiology and potential disparities in care. *Int J Emerg Med*. 2008;1(2):97-105.
- Diagnosis and management of epilepsy in adults. May 2015 (revised 2018). Edinburgh: Health Improvement Scotland/Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2015. Healthcare Improvement Scotland; 2015. SIGN publication No 143.
- Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, et al. Evidence-based guideline: management of an unprovoked first seizure in adults. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2015;84(16):1705-13.
- Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-3-9.

SUMMARY

Audit on management of seizures in six Swedish hospitals

Six Swedish hospitals (four university hospitals and two regional hospitals) participated in a pan-European quality assurance project regarding acute management of seizures. Three hundred consecutive emergency department (ED) visits for unprovoked epileptic seizure were assessed (50 per participating hospital). Patients were generally seen by a physician in a timely manner and the quality of the medical care was good. Eyewitness statements were sought in 72% of visits after a first seizure. There is room for improvement regarding documentation of exposure to alcohol or illicit drugs and information about driving of motor vehicles, which was only documented in a minority of cases. Only 56% of patients with known epilepsy had seen a neurologist in the year before their ED visit, indicating shortcomings in the provision of epilepsy care.