

Från primärvård till invasiv intervention

Den kärlesjuka patientens väg genom svensk sjukvård



DAVID BERGQVIST, med dr, överläkare, professor, kirurgkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala david.bergqvist@surgsci.uu.se
MARTIN DELLE, Bilddiagnostiskt centrum, Södersjukhuset, Stockholm
INGEMAR ECKERLUND,
LARS-ÅKE MARKÉ,
JULIETTE SÄWE, samtliga vid SBU, Stockholm
JAN HOLST,
INGRID MATTIASSON, båda vid kliniken för kärlesjukdomar, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
TOMAS JOGESTRAND, fysiolog-

kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
GUN JÖRNESKOG, enheten för endokrinologi och diabetologi, Danderyds sjukhus, Stockholm
ROSEMARIE KLEVSÅRD, sjukhusledningen, Universitetssjukhuset i Lund
OLOV ROLANDSSON, allmänmedicinska institutionen, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
THOMAS TRÖENG, kirurgkliniken, Blekingesjukhuset, Karlskrona
ERIC WAHLBERG, kärllirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Prevalensen av perifer kärlesjukdom som ger upphov till ischemiska symtom i nedre extremiteterna (benartärsjukdom) är för närvarande inte tillfredsställande kartlagd i Sverige. Skattningar baserade på data från olika studier antyder att fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens) i befolkningen över 55 års ålder förekommer i några procent. Den årliga incidensen av kritisk ischemi har beräknats till 500–1 000 per miljon invånare [1, 2]. Inom ramen för SBUs projekt om handläggning av patienter med symptomgivande ischemi i nedre extremiteterna har vi vid ett antal sjukhusmottagningar med inriktning på kärlesjuka patienter kartlagt inkommande remisser. Syftet har varit att få en uppfattning om problemets storlek, patientgruppens sammansättning och remissernas kvalitet.

METOD

Under en 4–5 veckors period våren 2004 registrerades samtliga inkommande remisser till kärllmottagningarna vid sjukhusen i Karlskrona, Malmö, Stockholm (Huddinge sjukhus, Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset) och Uppsala.

Remisserna bedömdes med avseende på möjligheten att utifrån anamnes och status göra en adekvat tidsprioritering för besök på kärllmottagningen samt om någon ytterligare kärllundersökning förutom en rent klinisk hade utförts innan remissen skickades.

Handläggningstider kartlades från remiss till remissbedömning samt från remiss till besök på mottagningen. Vidare bedömdes vilket beslut som fattades om fortsatt handläggning ef-

ter besöket på kärllmottagningen. Den slutgiltiga diagnosen efter mottagningsbesöket eller av mottagningsbesöket föranleda ytterligare åtgärder noterades.

RESULTAT

Frånsett längre väntetider till mottagningsbesök i Uppsala förelåg inga större skillnader mellan sjukhusen. Vi har därför valt att redovisa resultaten från alla mottagningarna tillsammans.

Under perioden registrerades 188 inkommande remisser till de sex kärllmottagningarna. Patienterna (95 kvinnor och 93 män) hade en medianålder på 75 år (25–95 år). Mediantiden från datering av remissen till dess den bedömdes och prioriterades vid kärllmottagningen var sju dagar (1 dag–3 månader). Mediantiden från utfärdande av remiss till patientbesök på mottagningen var 1 månad (6 dagar–8 månader). I Tabell I visas hur remissens innehåll bedömdes av den läkare som ansvarade för remisshanteringen på kärllmottagningen. Knappt två tredjedelar (62 procent) av remisserna innehöll uppgifter som möjliggjorde en tidsmässig inplanering av mottagningsbesöket. Av remisserna kom 92 (49 procent) från allmänläkare, 32 (17 procent) från medicinare, 11 (6 procent) från ortopedier, 8 (4 procent) från kirurger och 45 (24 procent) från övriga.

Vid besöket på kärllmottagningen kompletterades den kliniska bedömningen med tryckmätning för ankel/armindex vid 90 tillfällen (48 procent) och med duplexundersökning vid 22 tillfällen (12 procent).

Tabell II visar vilken åtgärd som initierades efter bedömning vid besöket på mottagningen. Här har inte tagits hänsyn till att den fortsatta utredningen ofta sker stegvis. Listan omfattar endast nästa ur patientens synvinkel större och relevanta åtgärd. Ett exempel kan vara att man inför nästa behandlingsbeslut behöver en duplexundersökning, att man på basen av dess resultat anser att en angiografi är indicerad och att denna ger underlag för beslut om en ballongvidgning av en stenosis. Denna patient och process redovisas i tabellen som »ytterligare utredning duplex«. Om en patient efter mottagningsbesöket får tid för angiografi med efterföljande ballongdilatation vid samma tillfälle anges i tabellen själva ingreppet, dvs ballongdilatationen. Med ledning av den kliniska bedömningen på mottagningen, ofta i kombination med ankeltryckmätning och ibland med duplexundersökning, kunde hälften av patienterna återgå till inremitterande läkare.

Tabell III visar slutgiltig diagnos. I flertalet fall kunde diagnos ställas efter mottagningsbesöket. Någon form av arteriell cirkulationsrubbing bedömdes föreligga hos 142 patienter (76 procent). Sju individer hade venös insufficiens. Av 70 patienter med den slutgiltiga diagnosen claudicatio intermittens var detta frågeställningen på 66 remisser, vilket motsvarar en sensitivitet på 93 procent. Av 86 patienter med frågeställningen clau-

SAMMANFATTAT

En praxisundersökning avseende remissflödet av patienter med benartärsjukdom har gjorts vid sex sjukhus med anknytning till SBUs projekt om ischemi i nedre extremiteterna.

Knappt två tredjedelar av remisserna innehöll uppgifter som möjliggjorde bedömning av sjukdomstillståndets angelägenhetsgrad.

Arteriell cirkulationsrubbing

förelåg i 76 procent av fallen. Hälften av patienterna återremitterades efter mottagningsbesöket.

Tretton procent av patienterna fick efter mottagningsbesöket tid för inläggning och invasiv åtgärd.

Genom utbildning går det att förbättra remisserna med avseende på ur kärllsynvinkel relevanta anamnes- och statusuppgifter.

TABELL I. Bedömning av informationen på inkomna remisser ur kärlläkarens synvinkel.

Information	Antal remisser (procent)
Adekvat anamnes	120 (64)
Adekvata statusuppgifter	63 (34)
Objektiv utredning före remiss ¹	68 (36)
Tryckmätning	42
Duplexundersökning	32
Gångmattetest	1
Uppgifter som möjliggjort adekvat tidsprioritering ²	117 (62)
Remissens »diagnos« och frågeställning	
Claudicatio intermittens	86 (46)
Kritisk ischemi ³	44 (23)
Arteriell insufficiens	35 (19)
Cirkulationsutredning	14 (7)
Smärta, ospecificerad	9 (5)

¹ I några fall har såväl tryckmätning som duplexundersökning utförts.

² Detta är remissmottagande läkares samlade bedömning av de uppgifter som låg till grund när patienten fick mottagningstid.

³ Kritisk ischemi har använts som begrepp i tabellen när detta står angivet i remissen eller där det framgår att sår eller gangrän föreläggat.

TABELL II. Åtgärder initierade efter besöket på kärlläkarmottagningen.

Åtgärd	Antal (procent)
Patient återremitteras	94 (50)
Nytt besök på egen kärlläkarmottagning	24 (13)
Ytterligare utredning	
Duplex	9 (5)
MR	2 (1)
Angiografi	23 (12)
Datortomografi	2 (1)
Inläggning på sjukhus för	
Endovaskulär åtgärd	16 (9)
Öppen kärlläkarkonstruktion	8 (4)
Remiss till annan specialist ¹	8 (4)
Återbud från patienten	2 (1)

¹ Fem till ortoped, två till hudläkare och en till kardiolog.

TABELL III. Slutgiltig diagnos hos de 188 patienter som remitterats till kärlläkarmottagningen.

Slutgiltig diagnos	Antal (procent)
Claudicatio intermittens	70 (37)
Kritisk ischemi	36 (19)
Arteriell cirkulationsinsufficiens (oklar symtomatologi men huvudsakligen utan behov av fortsatt utredning)	36 (19)
Venös insufficiens	7 (4)
Ej kärldiagnos	35 (19)
Återbud från patienten	2 (1)
Remiss vidaresänd utan kärlläkarmottagningsbesök	2 (1)

dicatio fick 66 denna slutdiagnos, dvs ett positivt prediktivt värde på 77 procent. Hos 35 patienter (19 procent) blev den slutgiltiga diagnosen en annan än vaskulär sjukdom.

DISKUSSION

Syftet med den här kartläggningen var främst att få en bild av vilka patienter som bedöms vara i behov av elektiv utredning på »kärlläkarmottagning«. Urvalet är inte slumpmässigt utan representerar några sjukhus med anknytning till deltagarna i SBUs projektgrupp avseende ischemi i nedre extremiteterna. Vi menar ändå att undersökningen kan ge en relativt god bild av vilka patienter som remitteras och av hur dessa handläggs och att resultatet därmed kan ligga till grund för mer detaljerade analyser.

En svaghet är att studien inte utfördes under exakt samma period vid de olika sjukhusen – detta av praktiska skäl. Samtliga observationer gjordes dock i slutet av vårterminen 2004. Framför allt patienter med grav kritisk ischemi är underrepresenterade, eftersom de ofta kommer till undersökning och fortsatt handläggning via akutmottagningar. Detta gäller också patienter med akut ischemi. Vår målsättning har emellertid inte varit att göra en »prevalensstudie«. En lokal sådan har utförts i Vadstena [2] och en stor svensk studie pågår. Av stort intresse skulle också vara att studera det totala flödet av patienter med perifer artärsjukdom inom ett väldefinierat primärvårdsområde, dvs att få en uppfattning om handläggningen av patienter med såväl akuta och »halvakuta« som kroniska besvär. En sådan studie pågår i SBUs regi.

Få patienter med kritisk ischemi åtgärdas

Kritisk ischemi är ett allvarligt tillstånd som påverkar patienternas livskvalitet och som bör utredas närmare för ställningstagande till någon form av intervention. Av de 44 patienter som enligt remissen hade frågeställningen kritisk ischemi blev endast 24 (55 procent) åtgärdade med endovaskulär eller öppen kärlläkarkonstruktion. Emellertid kan fler ha åtgärdats senare, eftersom den här kartläggningen endast inkluderar handläggning i samband med besöket på kärlläkarmottagningen, då beslut togs om diagnos, fortsatt utredning eller behandling.

Angiografi förvånande vanlig undersökning

I den fortsatta utredningen efter mottagningsbesöket dominerar angiografi, vilket är förvånande med tanke på de möjligheter till diagnos som den icke-invasiva duplexundersökningen ger. Det är rimligt att anta att patienter som bedömdes med duplex före eller vid mottagningsbesöket i relativt stor utsträckning kan läggas in för en riktad angiografi, eventuellt i kombination med endovaskulär behandling. Magnetresonansundersökning hade uppenbarligen inte slagit igenom.

Av de patienter som remitterades för misstänkta kärlläkbesvär eller med den frågeställningen kunde 81 procent (149/183) verifieras enligt den bedömning som gjordes på kärlläkarmottagningen. Sju av dessa hade emellertid venös insufficiens, övriga 142 någon grad av arteriell insufficiens. Av stort intresse är självfallet – och där kommer resultatet av prevalensstudier att vara värdefullt – att få en uppfattning om patienter med arteriell insufficiens (benartärsjukdom) som inte remitterats. De med grava symtom handläggs förhoppningsvis via akutmottagningar, men ett visst mörkertal finns säkert. En del claudicatiopatienter torde utredas och handläggas icke-invasivt av angiologiskt intresserade läkare utanför de etablerade kärlläkarmottagningarna. Detta är givetvis helt i sin ordning, och samtidigt vill vi framhålla att en remiss aldrig kan betraktas som onödig när en kollega vill ha hjälp med en specialistbedömning. Det är dock en fördel om man dels har bedömt patienten enligt de uppgifter som

FAKTA 1

Förslag till uppgifter i remiss vid kronisk extremitetsischemi

Frågeställning

Claudicatio intermittens
Kritisk ischemi

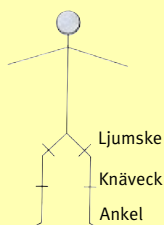
Anamnes

Smärta vid gång
Gångsträcka
Smärtfrihet i vila
Vilomsmärta natttid/dagtid
Sår
Sårlokalisering
Gangrän
Gangränlokalisering
Övriga sjukdomar och mediciner

Status (tänk på lokalisatio-

nerna ljumske, knäveck, ankel)

Ange puls (+ -)
Blåsljud (www)
Blodtryck i arm och ankel



finns i Fakta 1, dels hos claudicatiopatienter först prövar med ordentlig riskfaktorsanering, inklusive rökstopp och träning.

Adekvata uppgifter om status saknas

Majoriteten av remisserna (64 procent) innehöll adekvata anamnesuppgifter men mer sällan adekvata statusuppgifter (34 procent). Den sammanlagda bedömningen utifrån remissuppgifter gav i 62 procent av fallen underlag för tidsmässig prioritering för ett mottagningsbesök. Detta är positivt men innebär samtidigt att en tredjedel av remisserna inte möjliggör en sådan tidsprioritering. Det finns alltså fortfarande utrymme för förbättringar. Detta kan åstadkommas på flera sätt.

Utbildning viktigt

Kontinuerliga utbildningsinsatser är viktiga och måste vägas in i hela det utbildningsbehov som skall täckas i primärvården. Remisser med standardiserade rubriker för ifyllande av vissa data med avseende på symtombild och kliniskt kärlstatus vid benartärsjukdom skulle dels vara en hjälp för remittentens tankar och arbete, dels underlätta för mottagaren att bedöma angelägenhetsgraden. Ökad användning av ankeltrycksmätning hos inremmitterande skulle också underlätta remissbedömningen.

Ett exempel på en remiss med ur mottagarens synvinkel adekvata uppgifter ges i Fakta 1. I detta perspektiv kan det tyckas märkligt att ankelblodtryck mättes endast på 48 procent av patienterna vid besöket på kärlmottagningen. En förklaring kan vara att uppgift fanns på remissen eller att den kliniska undersökningen inte ingav misstanke om benartärsjukdom.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD). Transatlantic inter-society consensus. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000;19 Suppl A:S1-S250.
2. Jönsson B. On leg ischaemia. Aspects on epidemiology and diagnosis. Linköping: Universitetet; 2005. Linköping University Medical Dissertations 884.

Läkartidningen

Det finns fler än 28 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges läkarförbund har du tillgång till allihop. Du når arkivet via vår hemsida www.lakartidningen.se

Läkartidningen
– utmanande saklig