

Införande av Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård i Region Skåne

Granskning av riktlinjernas genomslag gav enat vårdprogram



TORD JUHLIN, överläkare, med dr, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
tord.juhlin@skane.se

VIVECA ENGBLOM, verksamhetschef, medicinska kliniken, Lasarettet i Landskrona

OLLE FREDHOLM, verksamhets-

chef, medicinska kliniken, Ängelholms sjukhus; vid tiden för studien överläkare, medicinska kliniken, Helsingborgs lasarett

OLE KONGSTAD, överläkare, med dr, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har existerat i olika varianter sedan 1992. Ett omfattande arbete läggs ned av ett stort antal experter varje gång reviderade versioner av riktlinjerna skall ges ut.

I den senaste utgåvan år 2004 kombinerades arbetet dessutom med ett prioriteringsdokument, som grundades på patienternas behov, evidens, hälsoekonomiska bedömningar och etiska överväganden [1].

De stora frågorna vad gäller riktlinjerna har hela tiden varit: »Hur kommer riktlinjerna att tas tillvara och implementeras i den hälso- och sjukvård som vi bedriver? Finns det några metoder för implementering som fungerar? Vilket ansvar har Socialstyrelsen själv genom sin tillsynsorganisation? Hur stor roll har arbetsgivarna genom landstingens tjänstemän och politiker? Vad kan förväntas av professionen själv?»

När dessa frågor restes inför publiceringen av de senaste riktlinjerna 2004 beslöts att satsa resurser på att följa upp hur implementeringen fungerade. Ansvarig för denna uppföljning var Socialstyrelsen i samverkan med Prioriteringscentrum i Linköping.

Fyra regioner i Sverige valdes ut för uppföljning; Region Skåne var en av dem. De fyra regionerna fick välja sina egna modeller för att granska implementeringen.

Region Skåne ingår i Södra sjukvårdsregionen, som för kardiologins räkning har ett viktigt samarbetsorgan, »Medicinska rådet hjärta/kärl«. Detta representerar hela Södra sjukvårdsregionen med sina totalt 15 sjukhus: 10 i Skåne och resterande i Halmstad, Ljungby, Växjö, Karlshamn och Karlskrona.

Rådets styrgrupp valde en modell som till sin förebild hade SPUR-inspektionerna (SPUR = Specialistutbildningsrådet), som bygger på att läkarna själva tar ansvar genom att granska varandras utbildning av specialistläkare enligt ett förutbestämt protokoll. Rapporter skrivs, som sedan blir offentliga. SPUR har genom sina återkommande inspektioner betytt mycket för specialistläkarutbildningen.

Viktiga orsaker till att SPUR valdes som modell var såväl diagnosmodellen som att inspektionerna återkommer och att de därigenom ger möjlighet till lärande och utveckling som inte riskerar att stanna av.

Som första område att granska valdes förmaksflimmer, som är en kvantitativt mycket stor del av kardiologin och där nya principer lanserats i samband med den senaste versionen av Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård. Dessa riktlinjer

bygger huvudsakligen på de internationella riktlinjer som presenterades 2001 [2].

Granskning av handläggning vid förmaksflimmer angelägen

Förmaksflimmer är den vanligaste förekommande arytmin. I Sverige beräknas 100 000 patienter ha permanent förmaksflimmer, vilket motsvarar en prevalens på drygt 1 procent [3]. Motsvarande siffra för USA är 2,3 miljoner människor [4]. Mellan åren 1984 och 1999 ökade sjukhusinläggningarna på grund av förmaksflimmer i USA två- till trefaldigt [5]. I Storbritannien stod förmaksflimmer för 0,62 procent av sjukvårdskostnaderna 1995. År 2000 hade andelen ökat till 0,97 procent [6]. Ökningen antas fortsätta – 3 miljoner beräknas ha förmaksflimmer 2020 och 5,6 miljoner år 2050 [7]. Motsvarande beräkningar för Sverige uppskattar antalet patienter med förmaksflimmer till 125 000 år 2025 [3].

Den huvudsakliga anledningen till den ökande förekomsten av förmaksflimmer tros vara förbättrad behandling av hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom; då dessa patienter lever längre drabbas de av förmaksflimmer.

Förmaksflimmer är en oberoende prediktor för mortalitet och är associerat med ökad strokeincidens. Totalt 75 000 till 100 000 emboliska stroke orsakas årligen av förmaksflimmer i USA [8].

Förmaksflimmer lägger således beslag på en stor del av sjukvårdens resurser och kommer att ta en ännu större del i framtiden. En kartläggning av behandling och handläggning av patienter med förmaksflimmer ter sig därför intressant och angelägen.

Viktiga nyheter om förmaksflimmer i 2004 års riktlinjer

Jämfört med tidigare lyfts i 2004 års riktlinjer betydelsen av resultaten från studierna AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management) och RACE (Rate Control versus Electrical Cardioversion for Persistent Atrial Fibrillation) [9, 10] fram. Således betonas vikten av att varken

SAMMANFATTAT

Inför publiceringen av Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004 beslöts att resurser skulle satsas på att följa upp hur implementeringen fungerade. Fyra regioner valdes ut, varav Region Skåne var en.

Inom kardiologin i Region Skåne valde det regionala medicinska rådet för hjärta/kärl en granskningsmodell baserad på SPUR-inspektionerna, en modell hämtad från specialistutbildningarna med kolle-

gial granskning. Som ett av de första granskningsområdena valdes förmaksflimmer.

Inspektionerna gav värdefull kunskap och information om handläggningen av patienter med förmaksflimmer inom regionen.

Eftersom vissa brister kunde påvisas, utmynnade arbetet i ett gemensamt vårdprogram.

Det fortsatta implementeringsarbetet kommer att följas upp med nya inspektioner vart tredje år.

mortalitet, strokeincidens eller livskvalitet påverkas av om rytmkontroll eller frekvenskontroll väljs.

Gränsen för när antikoagulantibehandling bör sättas in vid avsaknad av riskfaktorer för stroke har höjts från 65 till 75 års ålder.

Principer för inspektionerna

Som inspektörer valdes inom regionen erfarna kolleger intresserade av kvalitetsfrågor. Interna inspektörer bedömdes vara att föredra framför externa. Processen kan då fortgå som en naturlig del i det kliniska utvecklingsarbetet. Vikten av personliga besök underströks, liksom vikten av dialog och lärande från goda exempel i stället för kontrollfunktion.

Alla sjukhus i regionen besöktes. Efter varje besök sammanställdes materialet och analyserades.

Genomförande av inspektionerna

Det regionala medicinska rådet hjärta/kärl tillsatte en grupp med sex inspektörer. I gruppen ingick läkare från medicinklinikerna i Landskrona, Helsingborg, Växjö och Halmstad samt från kardiologiklinikerna i Malmö och Lund. En skriftlig mall utformades i enlighet med ämnet och de kriterier för god och kostnadseffektiv vård som anges i Socialstyrelsens riktlinjer; denna mall användes som arbetsunderlag vid inspektionerna.

Under våren 2004 besöktes samtliga 15 sjukhus inom Södra sjukvårdsregionen av två inspektörer. Besöken karakteriserades av diskussioner med ett tillåtande samtalsklimat, i stället för inspektioner, och med bilateral fortbildning. Besöken i sig medförde dessutom en uppgradering av kvalitetsindikatorerna.

Mallen tog upp frågor kring vårdprogram och väntetider från diagnos till behandling samt hur efteruppföljningen var organiserad. Den tog också upp frågor om utredning av nydebuterat flimmer, uppföljning av hjärtfrekvensreglering, blodtrycks-kontroll och rutiner kring antiarytmika.

Varje besök varade cirka 2 timmar, och ett inspektörspår kunde besöka 2–3 sjukhus per dag. Varje inspektörspår använde således två dagar för inspektionerna. I förhållande till den information som inspektionerna gav bedömdes arbetsinsatsen som rimlig.

Resultat av inspektionerna

Hösten 2004 redovisade gruppen sitt arbete för det regionala medicinska rådet hjärta/kärl. Rapporten pekade på både starka och svaga punkter samt gav ett förslag till gruppens fortsatta arbete, vilket resulterade i ett för Södra regionen övergripande vårdprogram.

Starka punkter:

- Ekokardiografi och provtagning av tyreoidaefunktionen användes oftast på alla sjukhus.
- Vårdprogram fanns på de flesta sjukhus, dock inte gemensamma med primärvården.
- Väntetid till elkonvertering efter terapeutiskt INR (international normalized ratio) i 3 veckor var kort, oftast <2 veckor.
- Alla sjukhus hade antikoagulationsregister.
- Rutin fanns kring utsättande av warfarinbehandling.
- Läkemedelssortimentet var begränsat, vilket gav större säkerhet. Utöver vanlig betablockad användes mest sotalol, amiodaron och flekainid. Patienterna följdes efter insättande på medicin- eller kardiologiklinik, dock inte alltid efter sotalol- eller flekainidbehandling.

Svaga punkter:

- Brister vad gäller inremittering och samordning kring war-

Nya besök på de 15 sjukhusen kommer att genomföras hösten 2007 för att följa upp om vårdprogrammet har haft avsedd effekt och om implementering har skett eller om ytterligare insatser behövs.

farininsättande. Väntetid på 5–12 veckor skulle kunna sänkas till 4–6 veckor med bättre rutiner, där remitterande läkare utanför sjukhus redan vid diagnosställandet påbörjar warfarinbehandling.

- Rutiner saknades för efterkontroller, vilket gav bristande kontroll av symtom, blodtryck och hjärtfrekvens.
- Parallella organisationer inom samma sjukhus (t ex medicin-, kardiolog- och akutklinik) samordnade inte verksamheten kring patienter med förmaksflimmer.
- Mycket av kunskapen kring förmaksflimmer bevakades muntligen, och det fanns brister vad gäller skriftligt dokumenterade vådrutiner. Verksamheten vilade på få personer, vilket fungerade utmärkt, men var sårbart.
- Amiodaronregister saknades vid majoriteten av sjukhusen, trots att läkemedlets biverkningsprofil kräver kontroll under hela behandlingstiden.
- Antikoagulationsregistret var inte standardiserat. Förmaksflimmer kunde förekomma under flera olika diagnosnummer; ibland var det inte ens registrerat, t ex då huvuddiagnosen var opererad mitralisklaff. Registret borde också delas upp på primär- och sekundärprevention.

Gemensamt vårdprogram

I syfte att öka följsamheten till Socialstyrelsens riktlinjer har inspektionerna i sig haft en betydelse. Dessutom har det regionala medicinska rådet hjärta/kärl genom sin arbetsgrupp för förmaksflimmer utarbetat ett vårdprogram som är gemensamt för hela Södra regionen.

Vårdprogrammet presenterades våren 2005. Programmets huvudpunkter är:

Checklista vid remittering för elektiv elkonvertering.

Checklistan är avsedd att användas vid remiss för elkonvertering från primärvård och privatläkare. Den tar upp basal laboratorieutredning, ekokardiografi, aktuellt blodtryck och antikoagulation.

Warfarinbehandling vid förmaksflimmer. Vikten av att alla patienter med förmaksflimmer värderas beträffande antitrombotisk behandling påtalas. Vid tidigare embolisjukdom, klaffsjukdom, ischemisk hjärtsjukdom, diabetes, hypertoni, nedsatt vänsterkammarmfunktion (ejektionsfraktion <40 procent) och vid ålder >75 år är warfarinbehandling aktuell. Vid förmaksflimmer som enda indikation för warfarinbehandling rekommenderas INR 2–3. Vid ålder mellan 60 och 75 år, men avsaknad av riskfaktorer enligt ovan, rekommenderas acetylsalicylsyra (ASA) 320 mg.

De data som finns för patienter med paroxysmala förmaksflimmer talar för att de från tromboembolisk synpunkt bör behandlas som patienter med permanenta flimmer. Hänsyn till attackernas duration och frekvens bör dock tas.

Frekvensreglering vid permanent förmaksflimmer. Betablockerare, verapamil och digitalis är likvärdiga medel vad gäller frekvensreglering. Digitalis har mindre uttalad effekt på frekvensen vid arbete och bör därför oftast kombineras med något av de övriga medlen. Vid hjärtsvikt rekommende-

ras viss försiktighet med verapamil, som sänker kontraktiliteten.

Om ovanstående inte ger tillräcklig effekt bör remiss för His-ablation övervägas.

Indikationer för elkonvertering. Elkonvertering skall i princip inte genomföras hos asymtomatiska patienter. Elkonvertering bör dock övervägas hos alla med förmodad kort duration (mindre än 6 månader), vid förmaksflimmer/rytm-/fladder, hos patienter yngre än 65 år och hos patienter med krav på hög fysisk aktivitet. Patienterna bör noggrant informeras angående recidivrisk.

Förmaksfladder skiljer sig från förmaksflimmer genom att bl a ablativ behandling kan genomföras framgångsrikt med goda resultat. Vid recidiv efter elkonvertering av förmaksfladder bör remiss för ablation övervägas.

Antitrombotika vid elkonvertering till sinusrytm. Under förutsättning att förmaksflimmer/-fladdret har duration som med säkerhet kan fastställas till mindre än 48 timmar kan konvertering genomföras utan föregående antikoagulantibehandling. I väntan på elkonvertering kan eventuellt lågmolekylärt heparin ges med dosering som vid trombos-/lungemboliterapi.

Om durationen överstiger 48 timmar krävs för elkonvertering utan föregående antikoagulantibehandling att trombförekomst och riskfaktorer för trombbildning utesluts via transesofageal ekokardiografisk undersökning (TEE). Dessutom krävs att peroral antikoagulantibehandling påbörjas i samband med elkonverteringen och att behandling med lågmolekylärt heparin (dos se ovan) omedelbart sätts in och bibehålls tills INR når ett stabilt värde >2 (två INR-värden >2).

Inför elkonvertering utan föregående TEE krävs terapeutiskt INR i minst 3 veckor dokumenterat med veckovisa kontroller.

På grund av ökad tromboembolirisk under de första veckorna efter uppnådd sinusrytm skall antikoagulantibehandlingen bibehållas med INR-värde 2–3 under minst 4 veckor. I de fall ny elkonvertering planeras vid eventuellt recidiv bör behandlingen utsträckas, och hos patienter med ökad embolirisk vid eventuellt permanent flimmer/fladder bör behandlingen bibehållas tills vidare/livslångt.

Läkemedel för bibehållen sinusrytm – recidivprofylax. Vid val av läkemedelsbehandling annan än ren betablockad, som alltid är förstahandsval, bör kardiologisk bedömning ske. ACE-hämmarbehandling kan öka förutsättningarna för bibehållen sinusrytm, varför denna behandling bör övervägas, speciellt vid känd hypertoni och nedsatt vänsterkammarfunktion. Digitalisering saknar dokumentation som antiarytmisk behandling, utöver frekvensdämpning i vila.

Hos för övrigt hjärtfrisk patient är sotalol och flekainid förstahandspreparat. Därefter kan disopyramid eller amiodaron användas.

Hos patient med hjärtsvikt är amiodaron enda preparat med tillräcklig säkerhetsprofil.

Hos patient med koronarsjukdom utan hjärtsvikt är sotalol förstahandspreparat och amiodaron andrahandspreparat.

Hos patient med vänsterkammarhypertrofi (septum ≥ 14 mm) är amiodaron enda behandlingsalternativ.

Nyinsättning av flekainid, disopyramid och sotalol bör ske med patienten inlagd under rytmövervakning 2–3 dygn. Flekainid och disopyramid skall som regel kombineras med frekvensdämpande läkemedel, exempelvis betablockerare.

Vid amiodaronbehandling skall patienten registreras för regelbunden uppföljning med lever- och tyreoida prov, inklusive

T3 (trijodtyronin), varje halvår och lungfunktionstest en gång per år.

Konvertering av förmaksflimmer. Förmaksflimmer kan konverteras farmakologiskt eller med elkonvertering.

Farmakologisk behandling kan användas vid förmaksflimmer med kort duration, <7 dagar.

Observera att samma regler för antikoagulantibehandling gäller som för elkonvertering. Flekainid, amiodaron och ibutilid kan användas.

Varken sotalol, disopyramid, verapamil eller digoxin har dokumenterad effekt vad gäller konvertering av förmaksflimmer jämfört med placebo.

Elkonvertering (förmaksdefibrillering). Defibrillering av hela förmaket kräver högre energi än konvertering av återkopplingstakykardi såsom fladder (SVT, VT). Bifasisk stöt är mer effektiv än monofasisk.

Vid bifasisk behandling rekommenderas initial energimängd 200 J efterföljd av 300–360 J. Det är inte meningsfullt att ge fler än 3 stötar. Motsvarande rekommenderad energimängd vid monofasisk behandling är 360 J redan initialt.

Framtidsperspektiv

Utifrån enkäten får sägas att Socialstyrelsens riktlinjer överlag blivit väl implementerade i Region Skåne. Mottagandet av vårdprogrammet har varit mycket uppskattande. Nya besök på de 15 sjukhusen kommer att genomföras hösten 2007 för att följa upp om vårdprogrammet har haft avsedd effekt och om implementering har skett eller om ytterligare insatser behövs. Vid besöken kommer de nya internationella riktlinjerna att beaktas, där bl a ablationsbehandling har fått en mer framträdande roll [11].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

1. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
2. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2001;22:1852–923.
3. State of the art – Förmaksflimmer. Stockholm: Socialstyrelsen/Medicinsk faktabas MARS; 1997.
4. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, Kronmal R, Hart RG. Prevalence, age distribution and gender of patients with atrial fibrillation: analysis and implications. Arch Intern Med. 1995;155:469–73.
5. Wattigney WA, Mensah GA, Croft JB. Increasing trends in hospitalization for atrial fibrillation in the United States, 1985 through 1999. Circulation. 2003;108:711–6.
6. Stewart S, Murphy N, Walker A, McGuire A, McMurray JJ. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK. Heart. 2004;90:286–92.
7. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults. National implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA. 2001;285:2370–5.
8. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991;22:983–8.
9. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347:1825–33.
10. van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347:1834–40.
11. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2006;27:1979–2030.