

Behandling och uppföljning av patienter med hjärtsvikt inom primärvården - en journalstudie vid Närhälsan Billingen vårdcentral



Författare:

Michael Soltis, ST-läkare
Närhälsan Billingen vårdcentral

Rapport 2023:7

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2022:7

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/276033>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Per Hjerpe, specialist i allmänmedicin, MD
FoUUI primär och nära vård Skaraborg

Sammanfattning

Kort populärvetenskaplig sammanfattning

Hjärtsvikt är en progressiv sjukdom som ökar i prevalens i samhället. Med en ökning av antal patienter med hjärtsvikt blir det alltmer viktigt att patientgruppen är välbehandlad. Optimering av behandlingsstrategier med stöd av evidensbaserade metoder samlat in från Sverige så väl som andra länder kunde minska ekonomisk belastning på samhället och öka patientens livskvalitet. Vår studie vill undersöka om vi följer riktlinjer för behandling av patienter med HFrEF och om det kunde förbättras.

Bakgrund

Hjärtsvikt (HF) är ett komplext kliniskt syndrom orsakat av strukturella eller funktionella avvikelser i hjärtat vilket resulterar i en minskning av hjärtats pumpförmåga eller en höjning av vänsterkammarens fyllnadstryck. Detta leder till symtom i form av bland annat andfåddhet, bensvullnad, trötthet och nedsatt prestationsförmåga och ökad dödlighet. HF blir allt vanligare i samhället i takt med att befolkningen blir äldre. HF indelas i fyra olika typer utifrån hjärtats pumpförmåga (ejections fraction, EF) mätt med UCG. Behandlingen ser olika ut beroende på vilken typ av HF som föreligger. I vår studie undersöker vi om befintliga behandlingsriktlinjer följs på Närhälsan Billingen vårdcentral eller om det finns behov av förbättring.

Metod

Med hjälp av utdataverktyget MedRave har alla patienter, 50 år och äldre med en hjärtsviktdiagnos enligt ICD10 (I50) registrerad i datajournalen Asynja på Närhälsan Billingen vårdcentral under 2020 identifierats. Totalt 202 patienter med HF hittades och av dessa sköttes 181 på Närhälsan Billingen Vårdcentral och inkluderades således i studien. För dessa patienter inhämtades uppgifter om UCG, behandling, symtom och uppföljning via en journalgranskning. Resultatet redovisas deskriptivt.

Resultat

Uppgift om genomfört UCG saknades för 64 av inkluderade patienter som således inte kunde kategoriseras. Av kvarvarande patienter hade 97 ett EF $\geq 40\%$ (hjärtsvikt med bevarad (HFpEF) eller mid-range EF (HFmrEF)) och 20 patienter ett EF $< 40\%$ (hjärtsvikt med nedsatt EF (HFrEF)). En stor del av patienter med HFrEF och HFmrEF har fått rekommenderad läkemedelsbehandling. Vid behovsmedicinering i form av diuretika var insatt hos cirka 80% av patienterna. En större del av patienter med HFpEF har sökte med symtom av hjärtsvikt jämfört patienter med HFmrEF och HFrEF men inläggningsgraden var ungefär lika stor i alla grupper. Andelen avlidna var dock klart större bland de med de HFrEF och de utan aktuellt UCG. Andelen med kontrollbesök de senaste 18 månaderna var likvärdig mellan patientgrupperna men planeringen för framtida uppföljningen var sämst bland patienter med HFrEF.

Konklusion

Studien visar att vi på Billingens vårdcentral ganska väl följer riktlinjer vad gäller läkemedelsbehandlingen. En stor del av patienterna saknade dock uppgift om UCG och således var det inte möjligt att kategorisera och behandla deras

hjärtsvikt på ett optimalt sätt. En bättre kommunikation med specialistvården och tidigare vårdgivare kunde förbättra detta. Något som också kunde förbättras var planeringen för uppföljning av tillståndet vilken ofta saknas. En tydlig lokal riktlinje för patienter med hjärtsvikt skulle kunna underlätta arbetet med denna patientkategori.

Nyckelord

primärvård, hjärtsvikt, läkemedelsterapi, följsamhet gentemot riktlinjer

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Diagnostik och klassifikation	1
Läkemedelsbehandling	2
Syfte	4
Metod	4
Insamling av patientdata.....	4
Etik och betydelse	5
Resultat.....	5
Diskussion.....	8
Resultatdiskussion.....	8
Metoddiskussion	10
Slutsats	10
Referenslista.....	11

Bakgrund

Hjärtsvikt (HF) är ett komplext kliniskt syndrom orsakat av strukturella eller funktionella avvikelser i hjärtat vilket resulterar i en minskning av hjärtats pumpförmåga eller en höjning av vänsterkammarens fyllnadstryck [1]. Det finns många riskfaktorer för att utveckla HF men ischemisk hjärtsjukdom är den viktigaste. Hypertoni, klaffsjukdomar, metaboliskt syndrom, toxisk skada, kardiomyopati och arytmier är några andra faktorer som bidrar till tillståndet [2]. Hjärtsvikt har typiska symtom som andnöd, minskad ansträngningsförmåga/trötthet och underbensödem. Vid undersökning uppvisar patienter tecken på vätskeretention, till exempel svullna underben, biljud vid auskultation av lungorna och minskad syrgassaturation i blodet [1].

Oftast ligger orsaken till hjärtats dysfunktion i hjärtmuskeln men kan också orsakas av annan påverkan av hjärtat (klaffar, stora kärl, retledningssystemet, endokard, perikard, etc). Identifiering av den underliggande orsaken till hjärtsvikt kan vara viktigt vad gäller behandling eftersom det ofta finns en symtomspecifik behandling som kan förbättra patientens tillstånd [2].

Hjärtsvikt är en progressiv sjukdom och blir allt vanligare i samhället i takt med att befolkningen blir äldre. HF drabbas 2% av befolkningen i Sverige och ökar till 10% av befolkningen över 70 år. Bland patienter >65 som söker primärvård akut med ansträngningsdyspne lider 1 av 6 av odiagnostiserad hjärtsvikt [3]. Prevalensen av olika typer av hjärtsvikt varierar mellan olika grupper. Till exempel är patienter med HF med bevarad pumpförmåga oftare äldre kvinnor med hypertoni och förmaksflimmer, snarare än män med tidigare hjärtinfarkt [2]. Studier visar att trots att incidens av HF inte har ökat, har prevalensen av HF ökat [3]. Detta antyder att patienter överlever längre efter att HF diagnosen ställts. Man kan misstänka att ökat kunskap av syndromet med tydliga riktlinjer om behandling såväl som innovationer inom det medicinska området har minskat mortaliteten bland patienterna.

Diagnostik och klassifikation

Enligt riktlinjer inom Västra Gotlands Regionen skall om det finns misstanke om hjärtsvikt (andfåddhet, nedsatt ork, trötthet, bensvullnad, lungbiljud, EKG förändringar eller förhöjt NT-proBNP) ultraljud av hjärtat genomföras för att avgöra om HF föreligger [4].

Utifrån resultat av ultraljudet klassificeras hjärtsvikten i tre grupper beroende på hjärtats pumpförmåga, ejektionsfraktion (EF):

- Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF)
Definieras som kliniska symtom av hjärtsvikt med EF <40%.
- Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF)
Definieras som kliniska symtom av hjärtsvikt med EF >50%, plus ökad nivå av natriuretiska peptider (NT-proBNP) plus minst en av följande (strukturell hjärtskada eller diastolisk dysfunktion)
- Heart Failure with mid-range Ejection Fraction (HFmrEF)
Definieras som kliniska symtom av hjärtsvikt med EF mellan 40–49% plus ökad nivå av natriuretiska peptider (NT-proBNP) plus minst en av följande (strukturell hjärtskada eller diastolisk dysfunktion)

Att skilja mellan patienter med olika typer av hjärtsvikt beroende på hjärtats pumpförmåga (EF) är viktigt eftersom grupperna kan ha olika underliggande etiologier, samsjukligheter och svar på terapi [5].

Kliniska studier har fokuserat mest på patienter med nedsatt systolisk funktion (HFrEF) vilket resulterat i att behandlingsstrategier och forskningsresultat för patienter med normal systolisk funktion (HFpEF) är begränsad. Det är problematiskt eftersom patienter med HFpEF ofta är inlagda med symtom på hjärtsvikt [5].

Patienter med hjärtsvikt kan också delas in i fyra klasser beroende på symtomens svårighetsgrad enligt NYHA-klassifikation (New York Heart Association):

- NYHA I: Reducerad hjärtfunktion utan symtom.
- NYHA II: Lätt begränsning av aktivitet med normal fysisk aktivitet.
- NYHA III (a och b): Måttlig till svår begränsning av aktivitet med fysisk aktivitet; mår väl i vila.
- NYHA IV: Symtom av HF även i vila. Patienten har ingen förmåga att utföra fysiska aktiviteter utan symtom [4].

NYHA-klassifikationen förlitar sig helt på symtombeskrivningen, med andra ord är det en subjektiv beskrivning av patienten och den bedömning läkaren gör. Dock är korrelationen mellan symtom och vänsterkammarenfunktionen svag och redan patienter med mild till måttligt symtom har en ökad risk för ineliggande vård och död [6–8].

Läkemedelsbehandling

HFrEF

Vid läkemedelsbehandling av HFrEF används olika preparat beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Förekommande preparatklasser är:

- Angiotensin Converting Enzyme hämmare (ACE-hämmare)
- Angiotensin Receptor Blockerare (ARB)
- Betablockerare
- Mineralkortikoidreceptorantagonister (MRA)
- Diuretika
- Angiotensin- neprilysinhämmare (ARNI)
- DigitalisXX

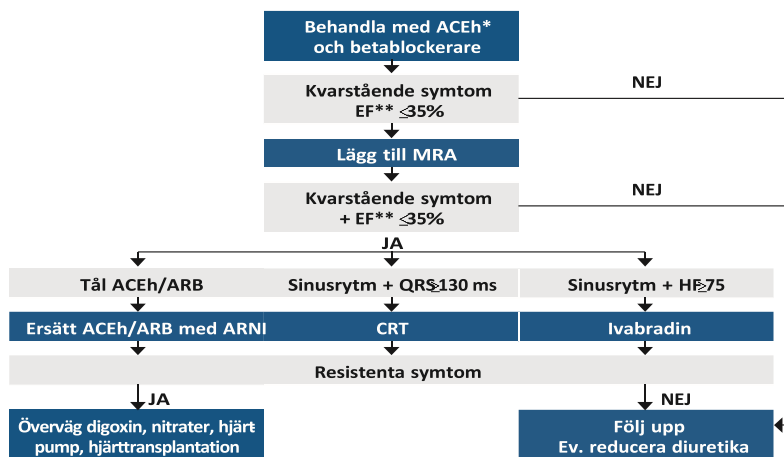
Angiotensin-neprilysinhämmare (ARNI)

2015 godkände Food and Drug Association (FDA) i USA och European Commission (Europa) Entresto (Valsartan / Sacubitril) hos patienter med HFrEF. Entresto är en så kallad ARNI (angiotensinreceptor/ neprilysin inhibitor) som innehåller valsartan och sacubitril. Valsartan minskar blodkärlförträngning och upptagning av natrium och vätska. Sacubitril bryter ner neprilysin som brukar bryta ner BNP (ett enzym som minskar blodtryck genom att minska blodvolym). Studier visar att Entresto är mer effektivt än ACE-hämmare med förbättrad överlevnadsgrad och färre sjukhusvistelser hos patienter med HFrEF [9]. Entresto är en ersättningsterapi för ACE-hämmare och ARBs. Vissa kontraindikationer finns (graviditet eller historia av angioödem).

Enligt Riktlinjer i Västra Götalands Regionen för läkemedelsbehandling av hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) framgår följande [4]:

1. Alla patienter med hjärtsvikt och sänkt ejektionsfraktion bör ges ACE-hämmare och betablockerare. ARB ges vid intolerans mot ACE-hämmare.
2. Om patienten har kvarstående hjärtsviktssymtom trots ACE-hämmare (eller ARB) och betablockad bör MRA ges som tillägg.
3. Diuretika ges i första hand vid akut och dekompenserad hjärtsvikt. Vid kronisk hjärtsvikt ges diuretika endast vid förekomst av vätskeretention och ödem.
4. Till patienter som inte svarar på första eller andra linjens behandlingar är det aktuellt att ge ARNI.

Behandlingstrappan i rekommendationerna framgår i figur 1 nedan.



Figur 1 Behandlingstrappa enligt riktlinje

HFpEF

Läkemedelsbehandlingen vid HFpEF och HFmrEF har svagare dokumentation än vid HFrEF [4].

Symtomlindring samt behandling av associerade riskfaktorer är ”gold-standard” på patienter med HFpEF[10]. Exempel på detta är symtomlindring med diuretika vid vätskeretention och att behandla samsjuklighet (hypertoni, njursvikt, bla) så tidigt som möjligt för att undvika progress till en reducerad systolisk funktion. [4]. Genom fysioterapi och behandling av eventuell samtida anemi kan man öka livskvalitet på patienter med HFpEF [7].

Med en ökning av antalet hjärtsviktpatienter ökar och att det finns bra behandlingsmetoder är det viktigt att optimera patienters behandling. Primärvårdsläkare spelar en allt viktigare roll vid diagnos, behandling och för att minska sjukhusinläggningar hos patienter med hjärtsvikt [3]. Med hjälp av tydliga medicinska riktlinjer för optimering av läkemedelsbehandlingen kan sjukvården arbeta mer effektiv. Detta kan leda till att sjukhusinläggningar kan undvikas, att patienterna mår bättre och att kostnaderna för samhället minskar.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur patienter med hjärtsvikt behandlas på Närhälsan Billingen vårdcentral och att utvärdera om behandlingen följer Västra Götalandsregionens riktlinjer.

Metod

Insamling av patientdata

Befolkning i Skövde 2021 var 56,791 [10] av vilket cirka 12 500 var listad på Närhälsan Billingen Vårdcentral. Billingen är den näst största vårdcentralen i Skövde. Med hjälp av utdataverktyget MedRave har alla patienter, 50 år och äldre med en hjärtsviktdiagnos enligt ICD10 (I50) registrerad i datajournalen Asynja på Närhälsan Billingen vårdcentral under 2020 identifierats. Diagnos kan ha registrerats vid receptförnyelser, årskontroller, akut besök, vid hänvisning från annan mottagning/avdelning eller vid telefon och brevkontakt. Patienter med hjärtsvikt kortare tid än 6 månader eller som sköts via annan vårdgivare, oftast kardiologikliniken på Skaraborgs sjukhus exkluderades.

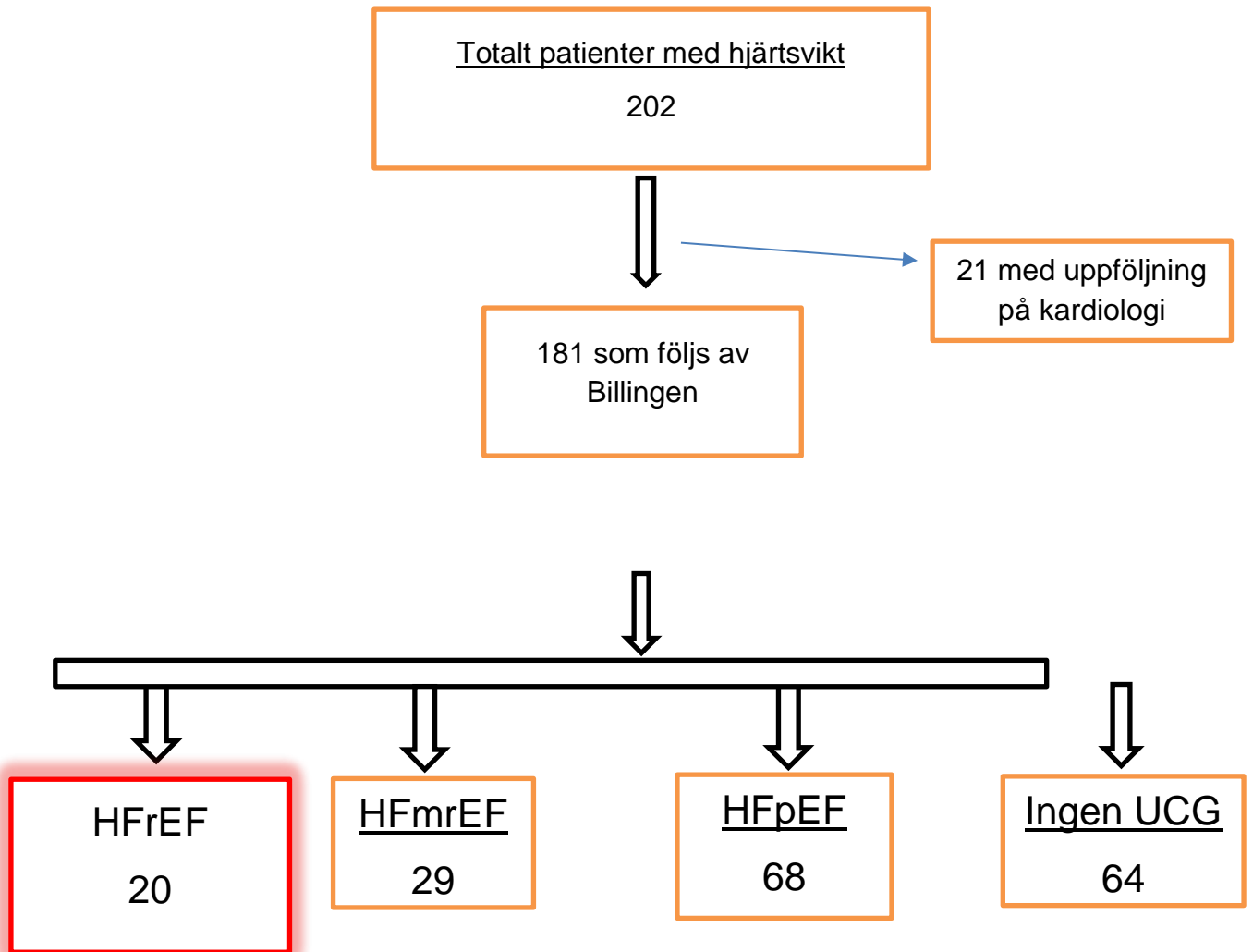
För inkluderade patienter har aktuella uppföljningsparametrar inhämtats via en genomgång av patientjournalen. Patientinformation har samlats från åren 2007–2021.

Följande data har insamlats för varje patient:

- Förekomst av symtom vid aktuell behandling: (andfåddhet, underbenödem eller orkeslöshet)
- Insättning av vid behov medicin mot hjärtsvikt, i.e. vätskedrivande
- Inläggning i slutenvård eller besök på akuten med symtom på hjärtsvikt
- Senaste blodtryck (om tagits inom senaste 18 månader)
- Senaste kontroll hos läkare (om inom 18 månader)
- Uppföljningsbesök planerat
- Senaste UCG värdet (om tillgängligt via Asynja)
- Senaste NT pro-BNP (om tillgängligt via Asynja)
- Insätt läkemedel som rekommenderas mot hjärtsvikt*
- Tidigare provat rekommenderat läkemedel mot hjärtsvikt*
- Om patienten avlidit

(*Läkemedel enligt VG Regionens behandlingsrekommendationer av HFrEF)

Via Medrave identifierades 202 patienter med hjärtsvikt. Av dessa skötes 181 på Närhälsan Billingen Vårdcentral. Uppgift om genomfört ultraljud och EF-värde saknades för 64 patienter som således inte kunde kategoriseras. Av kvarvarande patienter hade 97 ett EF >40% (Hjärtsvikt med bevarad eller mid-range ejektion fraktion). Vi har identifierade 20 patienter med diagnosen hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion, HFrEF.XX.



Figur 2 Patienturval

Etik och betydelse

Studien är ett kvalitetsprojekt på Närhälsan Billinggen Vårdcentral på uppdrag av vårdcentralchefen. Studien är en observationsstudie där inga patienter kontaktas. Patientjournaler har undersökts efter godkännande av vårdcentralschefen. Antalet variabler som har undersökts i år begränsat och inga andra delar av journaler eller anteckningar har undersökts. Om avvikelser i behandlingen identifierats har patientens ansvariga läkare kontaktats för att ta ställning till behandlingen.

Studien kan ge ett svar på om patienter med hjärtsvikt på Närhälsan Billinggen vårdcentral får en optimal behandling. Om så är inte fallet kan den ligga grund för en förändring av vårdcentralens handläggning och behandling av denna patientgrupp. Att optimera behandling kan ha en stor effekt på att minska inläggningar och kostnaden för samhället och förhoppningsvis även minska morbiditet och mortalitet hos vårdcentralens patienter med hjärtsvikt.

Resultat

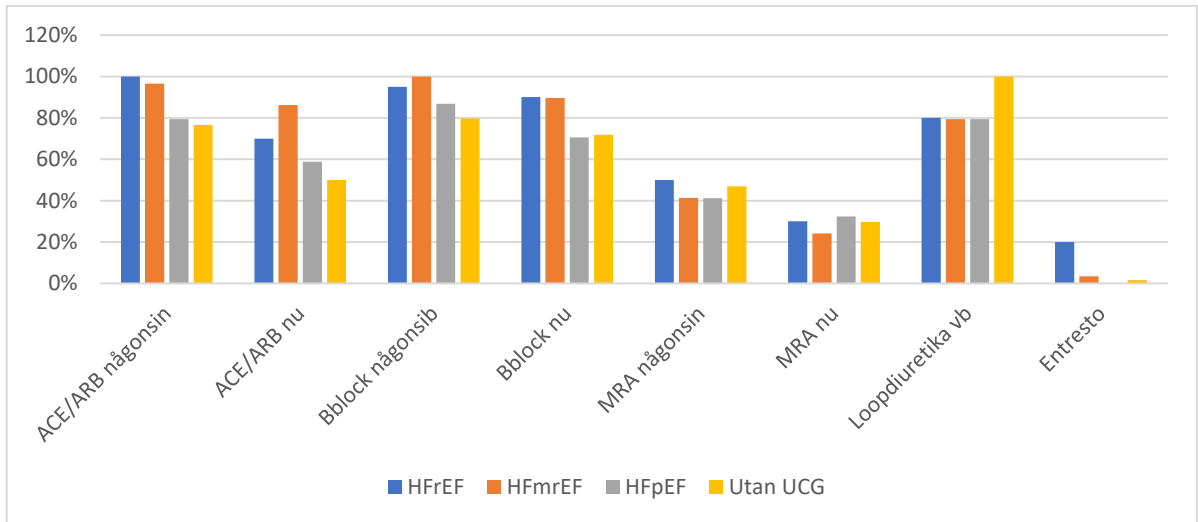
Fördelningen av patienter med hjärtsvikt, klassificerade utifrån ejektionsfraktion framgår av tabell 2. Patienterna med HFrEF var till största delen män medan

könsfördelningen var jämn i de andra grupperna. Andelen som avled var störst i HFrEF gruppen och gruppen utan UCG men inläggningarna var ungefär lika frekventa i alla studerade grupper. Patienterna som saknade UCG var i genomsnitt äldre än patienterna i de andra grupperna. Det genomsnittliga blodtrycket var likvärdigt i alla grupper men den planerade uppföljningen var sämst bland patienter med HFrEF.

Tabell 2 Fördelningen av patienter med hjärtsvikt, klassificerade utifrån ejektionsfraktion

	HFrEF	HFmrEF	HFpEF	Utan UCG
Antal patienter	20	29	68	64
Män	15 (75%)	15 (52%)	34 (50%)	29 (45%)
Medelålder	82,0	83,1	81,6	86
Avled under året	6 (30%)	2 (7%)	8 (12%)	21(33%)
Blodtryck genomsnitt (Systolisk/Diastolisk)	127/74	133/75	130/74	127/72
Inlagda pga svikt symptom	4 (20%)	5 (17%)	16 (24%)	13 (20%)
Hemsjukvård/Boende	3 (15%)	6 (21%)	6 (9%)	18 (28%)
Planerat uppföljning	9 (45%)	22 (76%)	46 (68%)	40 (63%)
Kontroll senaste 18 månader	15 (75%)	25 (86%)	51 (75%)	40 (63%)
NT- pro BNP registerat (%)	12 (60%)	14 (48%)	50 (74%)	36 (56%)

I figur 3 redovisas andelen av patienter med olika behandlingar i de olika hjärtsviktgrupperna.



Figur 3 Andelen patienter med olika behandlingar.

Diagnostik

A. UCG någonsin under förloppet, särskilt vid nyinsjuknande.

117 (64,6%) har haft en UCG registrerat någonsin under förloppet. För 64 av 181 patienter (35,4%) finns ingen registrering av ett UCG-resultat i primärvårdsjournalen.

B. NT-pro BNP skall tas vid debut av hjärtsviktsliknande symtom och vid försämring av patienter med diagnostiserad hjärtsvikt.

Vi har identifierat 39 patienter (från alla grupper) som var inlagda pga sviktsymtom och 27 (69%) av de har ett registrerat NT-pro BNP.

Utredning och behandling av patienter med HFrEF

- *Symtom på hjärtsvikt:* Under året har 9 av 20 patienter med HFrEF sökt vård pga. sviktsymtom och alla har fått vidbehovs medicinering i form av vattendrivande.
- *Inläggning i slutenvård med symtom på hjärtsvikt:* 4 av 20 patienter har blivit inlagda under året (20%).
- *Senaste blodtryckskontroll inom 18 månader:* 2 patienter (10%) av 20 har inte haft en blodtryckskontroll registrerad under året.
- *Senaste kontroll hos läkare de senaste 18 månaderna:* 5 patienter (25%) har inte haft ett läkarbesök senaste 18 månaderna. Av dem 5 har 2 planerad uppföljning och 2 har avlidit.
- *Planerad uppföljning eller på väntelista:* 9 av 20 har uppföljning planerad, 6 har avlidit, 1 har hemsjukvård och 4 har ingen planering.
- Genomsnitt av EF vid senaste UCG: 31
- Senaste NT-proBNP (om tillgängligt på Asynja): 12 av 20 har lämnat ett blodprov som avspeglar hjärtats fyllnadstryck.

Diskussion

Resultatet av studien visade att en stor del av patienter med HFrEF och HFmrEF har fått behandling med ACE/ARB och ungefär en tredjedel av alla patienter behandlas med MRA. Det är vanligare med behandling med beta-blockerare hos patienter med HFrEF och HFmrEF. Vid behovsmedicinering i form av diuretika var insatt hos cirka 80% av patienterna. En större del av patienter med HFpEF har sökte med symtom av hjärtsvikt jämfört patienter med HFmrEF och HFrEF men inläggningsgraden var ungefär lika stor i alla grupperna. Andelen avlidna var dock klart större bland de med de HFrEF och de utan aktuellt UCG. Andelen med kontrollbesök de senaste 18 månaderna var likvärdig mellan patientgrupperna men planeringen för framtida uppföljningen var sämst bland patienter med HFrEF.

Resultatdiskussion

Läkemedelsbehandling

En hög andel av patienter med HFrEF har fått rekommenderad behandling med ACE/ARB och betablockerare vilket är högprioriterat hos dessa patienter. Nästan alla patienter med HFrEF patienter (och även HFmrEF) har någon gång fått sådan behandling vilket visar att vi har bra kunskap av hur initial behandling skall se ut. Några studier visar att patienter med HFmrEF kan ha nytta av samma behandling som patienter med HFrEF med dokumentation är svagare [4]. Det visar sig i att en stor andel av patienter med HFmrEF har provat ACE/ARB någon gång också.

Patienter utan registrerat UCG har den lägsta andelen som har provat ACE/ARB och Betablockerare. Det kan bero på att patienter i denna grupp tillhöra HFpEF och indikationen för behandling eller behandlingsrekommendationer inte är lika tydligt. Den gruppen består också av äldre personer och man kunde hypotisera att dessa patienter kan ha en minskad tolerans för denna typ av medicinering.

MRA

Cirka 40% av patienter från alla hjärtsviktsgrupper har provat MRA medan cirka en tredjedel fortfarande står på den behandlingen. MRA preparat är ett förstahandsval för patienter med diagnos HFrEF och är sannolikt underutnyttjat. Ytterligare skulle man kunna förvänta sig att patienter med HFmrEF kunde ha provat MRA preparat mer ofta än siffrorna visar eftersom några studier har visat att gruppen svarar på samma behandling som patienter med HFrEF [4].

Entresto

Entresto är ett relativt nytt läkemedel som blivit godkänt under de senaste åren. Det är framför allt indicerat hos patienter med HFrEF där annan behandling inte lett till symtomfrihet. Fyra av 20 patienter med HFrEF i denna studie stod på Entresto. PARADIGM-HF studien visade att Entresto minskat mortalitetsrisken i kardiovaskulära orsaker med 20% och inläggning med symtom på hjärtsvikt lika mycket [11]. På Billingen vårdcentral står 10% av patienter med HFrEF varken på en ACE/ARB eller Entresto. Det visar möjligtvis på en brist på remittering och optimering av behandling när så är möjligt. Dessutom har ett antal av de patienter som står på ACE/ARB sökte med sviktsymtom och skulle därför kunna dra nytta av att byta till Entresto. Vården av patienter med HFrEF kunde förbättras med

tydligare riktlinjer som visar vilka patienter som kan bli aktuella för remittering till kardiologi för ställningstagande till insättning av Entresto.

Symtom

Mindre än 50% av patienter med den mer allvarliga HFrEF (och HFmrEF) har sökte med symtom av hjärtsvikt samtidigt som hela 75% av patienter med HFpEF sökte med symtom. Att en högre procent av patienter med HFpEF har sökte kan betyda antingen att dessa symtom är mer svårbehandlade eller att denna patientgrupp är underbehandlad. Det kan vara så att patienter med HFpEF har mer symtomatiska besvär per se (enligt tidigare kommentar är korrelationen mellan symtom och vänsterkammarmfunktionen svag [11–14]). Det kunde också bero på dålig patientkunskap gällande vidbehovsmedicinering.

Patienter utan UCG

En tredjedel av patienter med hjärtsvikt hade inget registrerat UCG-svar. Det är ett stort antal patienter som sannolikt inte får en optimal sviktbehandling och söker oftare. Anledningen till att registrering av UCG saknas kan vara att undersökningen utfördes och diagnosen fastställdes på annan klinik och att EF värdet inte framgick vid överremitteringen till vårdcentralen. En annan orsak kunde vara att diagnosen var fastställd innan Asynja systemet var operationellt. Av alla patienter som saknar UCG bor 28% på ett särskilt boende eller har hemsjukvård och är samtidigt äldre än patienterna med en klart definierad hjärtsviktsdiagnos. Det kan tyda på att patienter som inte har direkt kontakt med vårdcentral behandlas med symtomlindring i stället för att börja med en ny utredning/ utvärdering med UCG för att få rätt diagnos som kunde leda till en optimering av behandlingen.

Mortalitet

Mortalitet av patienter med HFrEF var hela 30% under året. Dödsorsak har inte värderats och vi har genomgått en pandemi under studietiden men om man jämför mortaliteten med de andra grupperna (10%) kan man se att patienter med HFrEF har en klart högre mortalitetsrisk. Detta stämmer inte med tidigare studier som visar att patienter med HFpEF och HFmrEF hade en 2-års mortalitetsrisk som var likadant (14% vs 12%) och bara lätt mindre än patienter med HFrEF (19%) [13]. Den höga dödligheten under vår studie visar att hjärtsviktpatientpopulationen är en grupp som behöver noggrann uppföljning och vård. Ytterligare visar deras ökade mortalitet under Covid pandemin att denna grupp är extra känslig och behöver extra skydd.

Uppföljning

Bara cirka hälften av patienterna med hjärtsvikt har någon planerad uppföljning. Antalet är för lågt och visar att vi inte prioriterar patientgruppen på samma sätt som vi gör för patienter med hypertoni eller diabetes. Det finns inga rekommendationer om uppföljning efter insättning av läkemedel när symtomen har stabiliserat sig. Anledning att patienter med HFpEF söker oftare med symtom skulle kunna vara att patienter inte har fått tillräckliga instruktioner om vidbehovsmedicin och vid vilka tillfällen man borde kontakta vårdcentralen. Studier visar att uppföljningar ökar patientens compliance och minskar morbiditet [13].

86% av patienter med HFmrEF har haft en kontroll de senaste 18 månaderna och bara 63% av de som saknar UCG. Siffrorna kunde vara bättre även för de andra

grupperna och visar att vi har en tendens att tappa bort patienter som vi saknar uppgifter om. De kontroller som sker kan dessutom ha handlat om hypertoni eller diabetes eftersom vi inte har någon speciell årskontroll för patienter med hjärtsvikt på Billingens vårdcentral. Det låga antalet kontroller kan dock också ha orsakats av Covid pandemin som gjorde att patienter inte vill komma till mottagningen för risken att bli smittad.

Blodtryck

Genomsnittsbloodtrycket för patienter med HFrEF var 127/74 jämfört med 130/74 för de andra grupperna. Patienter med hjärtsvikt dra nytta av att ha ett lägre blodtryck där större insatser kunde göras. Det är dock en utmaning för läkare att balansera medicineringen så att blodtrycket inte sjunker för lågt och patienten får hypotension i stället.

Metoddiskussion

Fördelen av denna studie var att vi sannolikt har hittat alla patienter med hjärtsvikt som har haft kontakt med kliniken under året eftersom vi är noggranna att sätta diagnosen pga ersättningsystemet. Journalen gav oss också chansen att följa patienter under en lång tid och utvärdera behandlingssvar och uppföljningar.

Nackdelen med studien var att det utifrån journalanteckningen kunde vara otydligt om en patientens symtom verkligen berodde på hjärtsvikt eller någon annan samsjuklighet. Symtomen och resonemangen av läkaren kunde vara oklar. Vi fick bara med den information som läkaren valt att registrera i journalen. Vissa siffror var lätta att tolka (t.ex. antal som har planerat uppföljning) medan andra var svårare (t.ex. hur många som står på vidbehovsmedicin och faktiskt använder denna när de får symtom). En annan nackdel var också att patienter som diagnostiserats på annan klinik eller annan vårdcentral ofta saknade data. Studien var begränsad till Billingens vårdcentral och det kunde ha varit av värde att jämföra vård av patienter med hjärtsvikt på andra vårdcentraler i området. Ett stort antal saknade UCG varför de inte gick att gruppera. Det i sig själv säger något om dokumentation av patientuppgifter men det skulle ha bidragit till studiet om alla patienter kunde delats in i de tre hjärtsviktsgrupperna.

Slutsats

Studien visar att vi på Billingens vårdcentral ganska väl följer riktlinjer vad gäller remittering till specialistvård och läkemedelsbehandlingen. En stor del av patienterna saknade dock uppgift om UCG och således var det inte möjligt att kategorisera deras hjärtsvikt. En bättre kommunikation med specialistvården och tidigare vårdgivare kunde förbättra detta. Något som också kunde förbättras var planeringen för uppföljning av tillståndet vilken ofta saknas. En tydlig lokal riktlinje för patienter med hjärtsvikt skulle kunna underlätta arbetet med denna patientkategori.

Referenslista

1. Stable, but Progressive Nature of Heart Failure: Considerations for Primary Care Physicians. Inder Anand; American Journal of Cardiovascular Drugs, 18, 333-345 (2018).
2. Ponikowski P., Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. European Heart Journal 2016; 37(27): 2129-200. PMID 27206819.
3. Lindmark K., Boman K., 2019. Epidemiology of Heart Failure and Trends in Diagnostic Work-Up: A retrospective, Population-Based Cohort Study in Sweden. 2019 Mar 22; 11: 231-244.
4. "Regional Medicinskt Riktlinje- Läkemedel. Behandling av hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion. (HFrEF och HFmrEF)" Västra Götalandsregionen, Dec 2021, RMR Läkemedel Hjärtsvikt_HFrEF (vgregion.se).
5. National Institute for Health and Care Excellence (2018) Chronic Heart Failure in Adults: Diagnosis and Management (NICE Guideline 106). Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106>.
6. World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
7. Socialstyrelsen Guidelines for Management of Heart Failure. Sweden, (2020).
8. Yancy CW, Jessup M. et al. 2013. 2013 ACCF/ AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/ AHA Task Force on Practice Guidelines; 128; e240-327.
9. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, Rouleau JL, Shi VC, Solomon SD, Swedberg K, Zile MR; PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014 Sep 11;371(11):993-1004. doi: 10.1056/NEJMoa1409077. Epub 2014 Aug 30. PMID: 25176015.
10. "Population in the country, counties and municipalities on 31 December 2020 and Population Change in 2020." Statistiskmyndigheten SCB, Population in the country, counties and municipalities on 31 December 2020 and Population Change in 2020 (scb.se).
11. Tridetti J, Nguyen Trung ML, Ancion A, Lancellotti P. The clinical study of the month. PARAGON-HF: sacubitril/valsartan (Entresto®) in preserved ejection fraction heart failure (HFpEF) [The PARAGON-HF trial]. Rev Med Liege. 2020 Feb;75(2):130-135. French. PMID: 32030940.
12. Chen J, Normand S-LT, Wang Y, Krumholz HM. National and regional trends in heart failure hospitalization and mortality rates for Medicare beneficiaries, 1998–2008. JAMA 2011;306:1669–1678.
13. Fonarow GC, Stough WG, Abraham WT, et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for

heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50:768-77

14. Kyriacou DN, Handel D, Stein AC, Nelson RR. BRIEF REPORT: Factors affecting outpatient follow-up compliance of emergency department patients. *J Gen Intern Med.* 2005 Oct;20(10):938-42. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0216_1.x. PMID: 16191142; PMCID: PMC1490224.
15. Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Therneau TM, Hall Long K, Shah ND, Roger VL. Hospitalizations after heart failure diagnosis a community perspective. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1695–1702.
16. Criteria Committee of the NYHA: Nomenclature and Criteria for the Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels, 9th ed. Boston: Little, Brown, 1994.
17. McMurray JJ V. Clinical practice. Systolic heart failure. *N Engl J Med* 2010;3623:228–238.
18. “Regional Medicinskt Riktlinje- Läkemedel. Behandling av hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion.” Västra Götalandsregionen. Februari 2021. [Behandling av hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion.pdf \(vgregion.se\)](#).
19. Fala L. Entresto (Sacubitril/Valsartan): First-in-Class Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor FDA Approved for Patients with Heart Failure. *Am Health Drug Benefits.* 2015 Sep;8(6):330-4. PMID: 26557227; PMCID: PMC4636283.



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg