



# Är geriatriska hjärtsviktspatienter bortglömda?

Marianne Reimers  
doktorand, chefläkare SSH



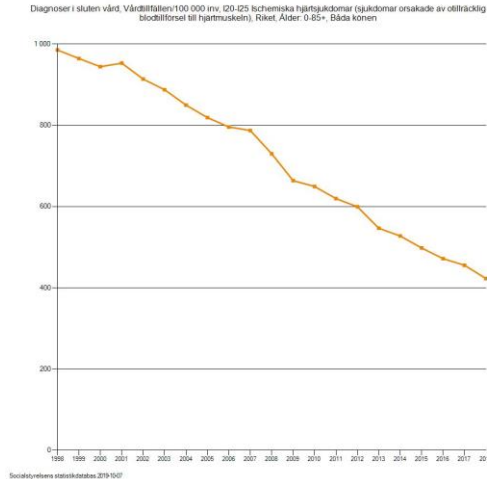
# Bortglömda??

- ▶ De finns ju överallt!
- ▶ Vanligaste orsaken till sjukhusinläggning för personer över 65 år – globalt
- ▶ Ökar i prevalens
  - Förväntad ökning 50% kommande 15 år (?)
  - Stora förväntade kostnadsökningar
- ▶ Geriatrikens vanligaste diagnos
  - 28% av alla patienter på SSH Bromma 2014
  - 47% av alla med förhöjd risk för återinläggning

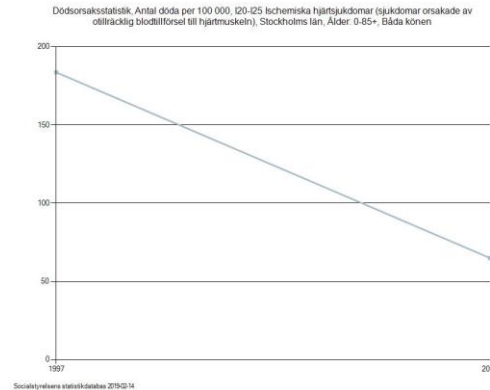


# Förändringar i hjärtsjukdom

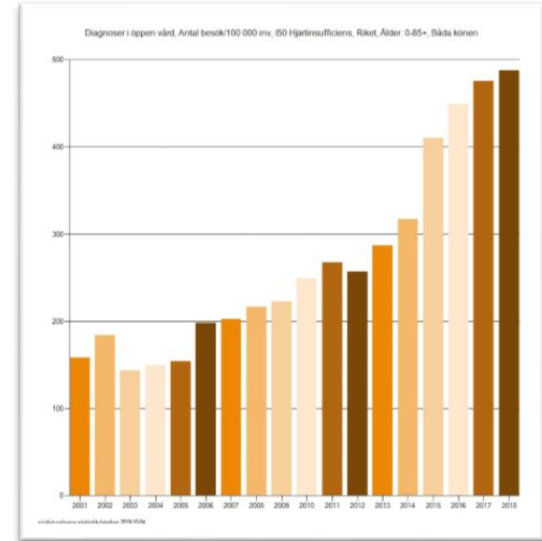
Ischemisk hjärtsjukdom  
Vårdtillfällen/100.000 inv



Mortaliteten i ischemisk  
hjärtsjukdom



Hjärtsvikt i öppenvård,  
Antal besök/100.000 inv.



# Varför ökar hjärtsvikt?

- ▶ Bättre behandling av ischemisk hjärtsjukdom
  - Fler överlevare efter händelser
  - Längre överlevnad med betablockad, raasblockad, CRT/ICD, hjärt pump, transplantation...
- ▶ Bättre behandling av hjärtsvikt
- ▶ Åldrande befolkning
  - Fysiologiskt åldrande
  - Ökning av påverkande komorbiditeter som diabetes, njursvikt, KOL, förmaksflimmer som ökar risken
- ▶ Bredare syn på vad hjärtsvikt är
  - HFrEF
  - HFpEF
  - HFimEF

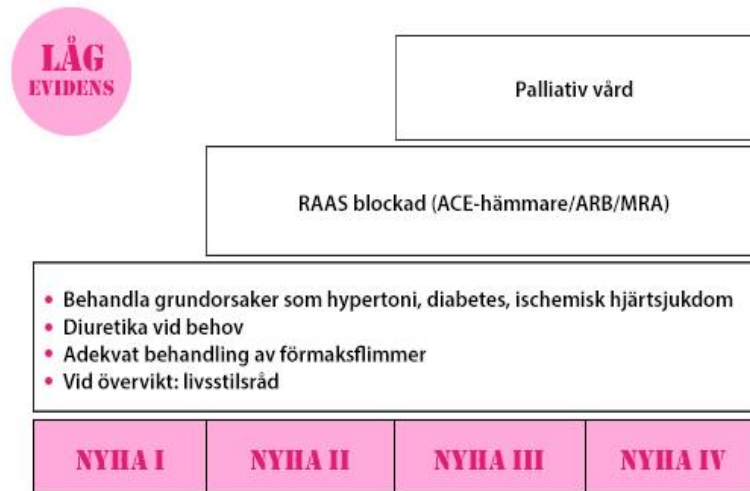


# 4D

- ▶ Stor satsning på hjärtsvikt i Region Stockholm
- ▶ Ny vårdkedja
  - Utredning via kardiologen
  - Uppföljning via primärvården



# Behandlingsval HFrEF/HFpEF



# Men...

- ▶ geriatrikens 10.000 vårdtillfällen per år ingick inte i vårdkedjan...





# Några frågor

- ▶ Hur är hjärtsviktspatienterna utredda när de kommer till geriatriken?
- ▶ Vilken etiologi finns till hjärtsvikten?
- ▶ Behandlas patienterna enligt riktlinjerna?
- ▶ Förändras behandlingen under det geriatriska vårdtillfället?
- ▶ Vilka faktorer styr val av behandling?



# På väg in

- ▶ Baslinjestudie på 134 patienter med huvuddiagnos hjärtsvikt på väg in på geriatriken:
  - 85 år gamla
  - 56% kvinnor
  - 3,8 vårdtillfällen senaste året
  - 69% förmaksflimmer
  - 40% hypertoni
  - 29% diabetes
  - 27% hjärtinfarkt i historiken

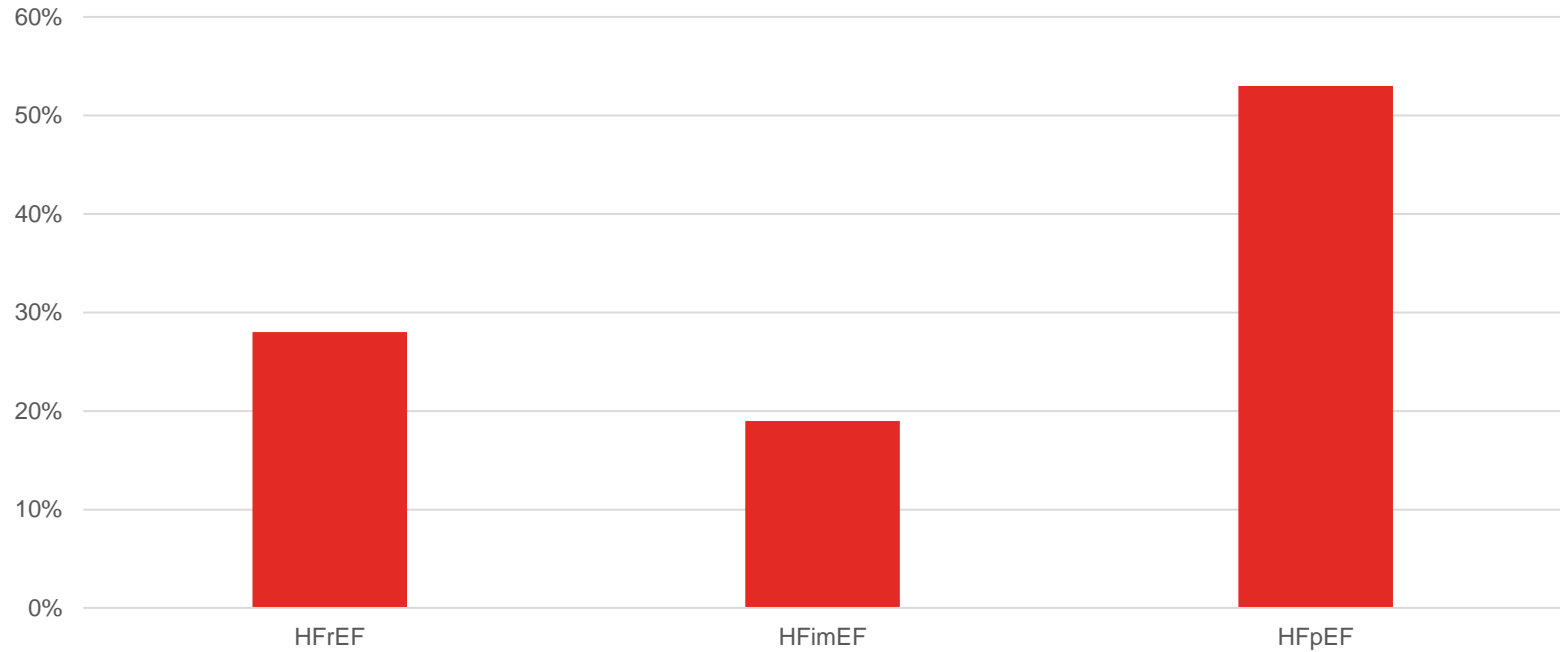


# Utredning

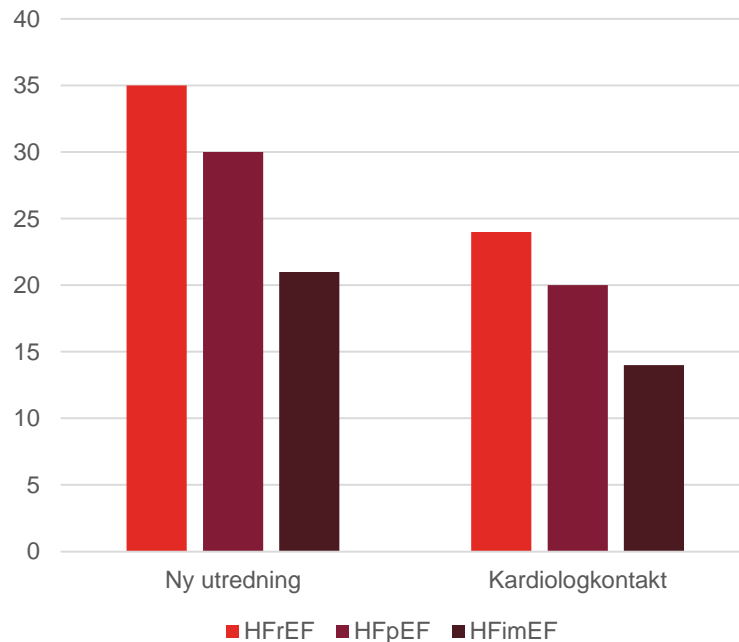
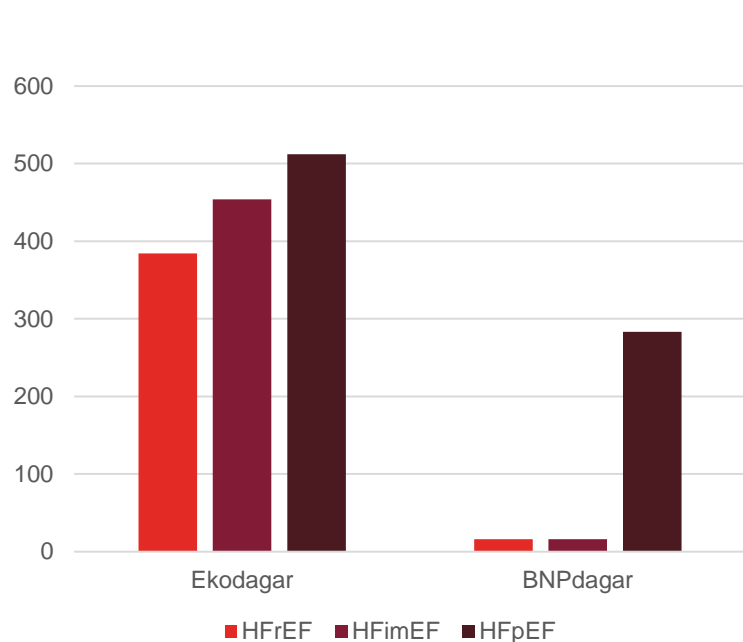
- ▶ 81% hjärteko
  - 570 dgr
- ▶ 61% NT-pro BNP
  - 152 dgr
- ▶ 1% NYHA-bedömda
- ▶ 22% färsk utredning
- ▶ 14% hade träffat en kardiolog senaste året om sin hjärtsvikt
  - Bra eller dåligt?
- ▶ 8% aldrig gjort hjärteko eller NT-pro-BNP



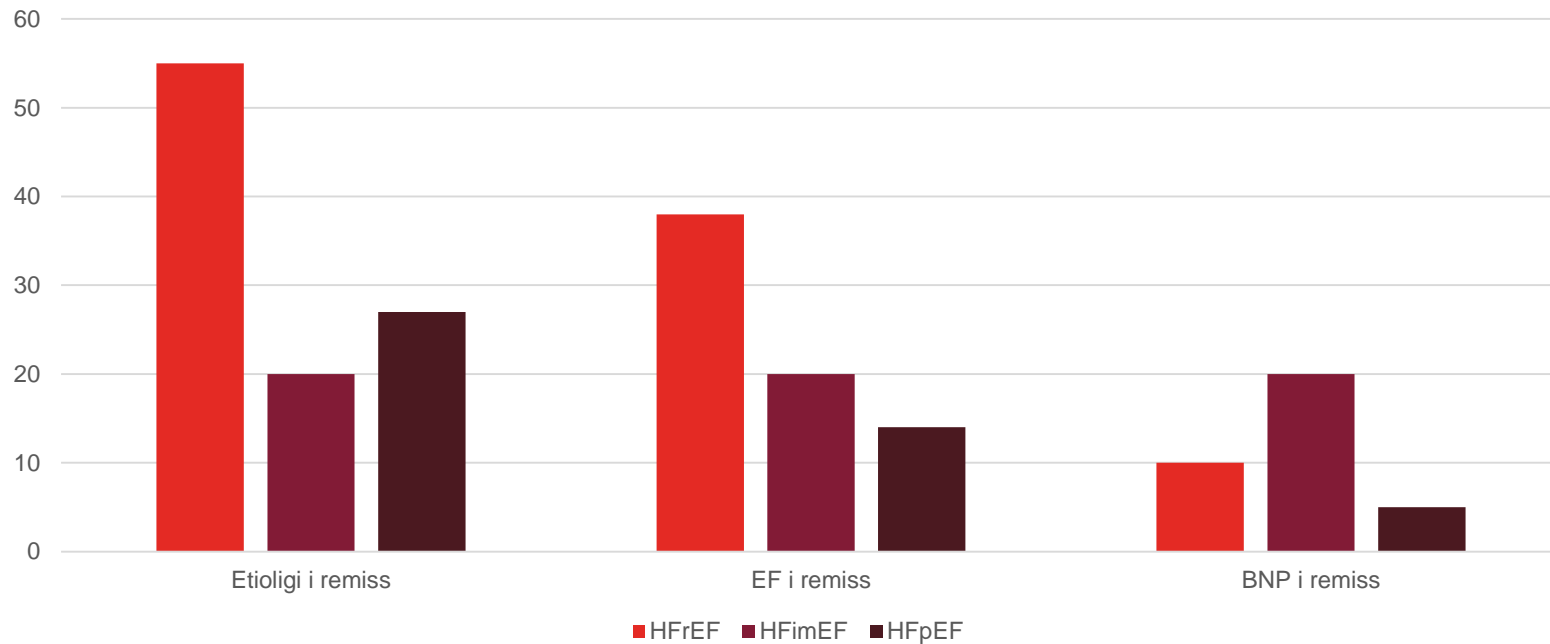
# Fördelning



# Jämförelsen HFrEF, HFimEF, HFpEF



# Jämförelsen HFrEF, HFimEF, HFpEF



# Måste de ha en ny utredning?

- ▶ Hur gammal kan en utredning vara för att gälla?
- ▶ Om patienterna har en ny utredning är oddskvoten
- ▶ 5 gånger högre att de presenteras med ett förslag till etiologi i remissen



# Hur ser behandlingene ut?

	<b>Raasblockad</b>	<b>Betablockad</b>	<b>MRA</b>
HFrEF	83%	93%	17%
HFimEF	70%	100%	10%
HFpEF	63%	70%	25%





# Når man måldoser?

Typ	Raasblockad % av måldos	Betablockad % av måldos	MRA (mg)
HFrEF	53%	53%	25 mg
HFimEF	46%	66%	25 mg
HFpEF	61%	49%	25 mg



# På väg in

- ▶ En minoritet har en ny utredning
- ▶ Majoriteten är HFpEF
- ▶ Utredningarna är äldre och sämre för HFpEF
- ▶ Oddskvoten 5:1 för etiologiskt resonemang i remissen om ny utredning
- ▶ Få har haft kardiologkontakt
- ▶ Följsamhet till behandlingsriktlinjer ej möjlig att utvärdera



# Under tiden, då?

Analys pågår...

- ▶ Inga mätbara förändringar av betablockad eller raasblockad
- ▶ Signifikant ökning av förskrivning av MRA (18% - 28%)
- ▶ Signifikant ökning av dosen MRA (11,2%)



- ▶ Ökningen av MRA korrelerar till
  - Antal vård dagar och
  - Procentuell viktminskning
  
- ▶ Tolkning
- ▶ 1. Kommer in för utvätskning med furix
- ▶ 2. Längre furixbehandling ger större vikt nedgång och längre tid
- ▶ 3. Furix ger sänkta kaliumnivåer, kompensation med Kaleorid
- ▶ 4. Inför hemgång: mer spiro – mindre furix och Kaleorid



# Slutsatser (RS)

- ▶ Kardiologerna har inte kapacitet att följa vårdprogrammet för hjärtsvikt
- ▶ Geriatrikerna behöver få ett tydligare uppdrag
- ▶ Tydligare och tätare vårdkedjor behövs mellan kardiologen, geriatriken och primärvården
  
- ▶ GERTSVIKT



# GERTSVIKT

Förbättrad behandling av hjärtsviktpatienter genom utveckling av geriatrikens koordinator-roll i livslång uppföljning: från kardiologi till primärvård

## På geriatriken:

NYHA-bedömning av inkommande hjärtsviktpatienter.  
Samordnare Marianne Reimers + forskningssjuksköterska

Intervention: NYHA III/IV + vårdcentralerna 1-2

Kontroll: NYHA III/IV + vårdcentralerna 1-2

Blockrandomisering

Kontroll:  
Sedvanlig vård

Intervention:

1. Bedöm förekomst/etiologi/grad mha hjärteko, provtagning (NT-Pro-BNP, sST2, krea, natrium, kalium, fasteglukos, Hb, HbA1c), 24 h-EKG om indicerat, ortostatiskt prov, EKG, lungröntgen, vikt.

2. Åtgärda/kontrollera vad som noterats under 1. (t ex klaffvitier, diabetes), vb via kardiologen.

3. Om HFpEF följ viss.nu. Identifiera mål för titring.

Om HFpEF individuell plan med val av läkemedel för svikt och bakomliggande/försvarande faktorer. Identifiera mål för titring. Avstämning med kardiologen vb.

4. Kommunicera planen till primärvården

5. Vid behov samråd med kardiologen och vårdcentralerna inkl planerad återinläggning

Utfall kontroll:

-oplan, återinskrivning inom 30 dagar  
-antal slutenvårdstillf. under ett år  
-12 månaders mortalitet  
-enkäter  
-NYHA  
-läkemedelsbehandling

Utfall interventionsgrupp:

-oplan, återinskrivning inom 30 dagar  
-antal slutenvårdstillf. under ett år  
-12 månaders mortalitet  
-enkäter  
-hjärteko  
-biomarkörer  
-NYHA  
-läkemedelsbehandling

## I primärvården:

2 vårdcentraler: Tranebergs VC, Tensta VC (+?)

Uppföljning, dos titrering

Samordnare Anna Morawski

Uppföljning

Uppföljning

Uppföljning

Uppföljning

Uppföljning:

2 veckor:

provtagning (NT-Pro-BNP, krea, natrium, kalium, Hb), blodtryck, vikt, titring enligt plan

4 veckor:

provtagning (som v 2 + sST2), blodtryck, vikt, enkät, NYHA, titring enligt plan

6 månader:

provtagning (som v 2), blodtryck, vikt, NYHA, titring enligt plan

12 månader:

provtagning (som v 4), blodtryck, vikt, enkät, NYHA, titring enligt plan

## Hos kardiologen:

1. Granskning eko
2. Remiss för ev åtgärd
3. Konsultation vb