



## STRUKTURERAT OMHÄNDERTAGANDE

- SHERATON 11 oktober 2013

För tredje året i rad arrangerades ett symposium kring strukturerat omhändertagande vid förmaksflimmer. Mötet var välbesökt med många givande föreläsningar. Nedan följer ett kort referat av innehållet i respektive programpunkt. Ytterligare material från mötet kan beställas på [www.flimmermottagning.se](http://www.flimmermottagning.se).

### Program fredag 11 oktober 2013

**13.00 – 13.10** Inledning. Överläkare Tord Juhlin, SUS

**13.10 – 13.50** Strukturerat omhändertagande inom olika terapiområden och erfarenheter från Danderyds sjukhus. Dr Kristina Hagwall, Danderyds sjukhus

**13.50 – 14.10** Strukturerat omhändertagande vid förmaksflimmer - Jönköpingsmodellen.

Ssk Emma Hag och Pia Wibring, Jönköping

**14.10 – 14.30** Strukturerat omhändertagande vid förmaksflimmer – Stockholm Heart Center. Dr Faris Al Khalili

**14.30 – 14.55** Kaffe

**14.55 – 15.20** Integrated chronic care for patients with AF in Maastricht – Effects and costs.

RN Jeroen M. Hendriks, Maastricht University

**15.20 – 16.00** Rytmbehandling vid förmaksflimmer - aktuellt kunskapsläge. Dr Leif Friberg, Danderyds sjukhus

**16.00 – 16.20** Antikoagulation och samtidig AAD användning. Överläkare Tord Juhlin, SUS

**16.20 – 16.30** Diskussion och avslutning. Överläkare Tord Juhlin, SUS

Strukturerat omhändertagande inom olika terapi-områden och erfarenheter från Danderyds sjukhus.

### Dr Kristina Hagwall, Danderyds sjukhus

Dr Kristina Hagwall redovisade i sitt föredrag vinster från att arbeta med ett strukturerat omhändertagande inom andra terapiområden, och gick samtidigt igenom vad som behövs för att kunna få till stånd ett strukturerat omhändertagande. Det krävs:

- Dedikerade resurser
  - Ex; Hjärtsviktsmottagning, diabetesmottagning, njurmottagning, KOL-mottagning
- Enhetlig handläggning avseende
  - Diagnostik och utredning
  - Riskstratifiering
  - Behandling
  - Uppföljning
- Särskilda protokoll och algoritmer
- Besök enl särskilt schema
- Evidensbaserat/vetenskaplig dokumentation
- Information/patientutbildning / egenvård

En genomgång av det aktuella evidensläget avseende vinster med ett strukturerat omhändertagande inom olika terapiområden följde därefter.

Inom diabetes redovisades "Effects of a multifactorial intervention on Mortality in Type 2 Diabetes", den sk STENO 2-studien (**Gæde P et al. New England Journal of Medicine 2008;358:580-591**). Studien visar att man genom att använda sig av ett strukturerat synsätt på omhändertagandet avsevärt kan förbättra måluppfyllelsen med behandling på en rad viktiga områden. Än viktigare är att man dessutom kan visa resultat på dödlighet och kardiovaskulära händelser.

[www.sanofi.se](http://www.sanofi.se)

Vid frågor om våra läkemedel kontakta: [infoavd@sanofi.com](mailto:infoavd@sanofi.com)

November 2013 SE-DRO-13-10-07



Ytterligare exempel på vinster med strukturerat omhändertagande presenterades vid vård av hjärtsviktspatienter. I studien "Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure" (**European Heart Journal (2003) 24, 1014-1023**), har man genom sköterskebaserad mottagning och rådgivning kunnat visa effekter på sjukhusinläggning, men även minskad dödlighet för interventionsgruppen.

Hur ser det då ut för flimmerpatienterna? Dr Kristina Hagwall visade på hur följsamhet till riktlinjer ser ut och att det finns skäl att se till att denna förbättras. Flimmerpatienter finns studerade i en studie från Italien som visar att man genom ett utökat omhändertagande av patienterna kan visa på positiva effekter på antalet sjukhusinläggningar till följd av flimmer, (**Clinical management of atrial fibrillation: early interventions, observation, and structured follow-up reduce hospitalizations (American journal of Emergency Medicine 2012 Nov;30(9):1962-9)**).

Efter detta gick dr Kristina Hagwall igenom hur man lagt upp vården av flimmerpatienter på Danderyds sjukhus.

### Strukturerat omhändertagande vid förmaksflimmer - Jönköpingsmodellen. Ssk Emma Hag och Pia Wibring, Jönköping

I Jönköping har man genomfört en studie där man söker svar på frågan: "Kan ett strukturerat omhändertagande av patienter med förmaksflimmer:

- Förbättra livskvalitet
- Förbättra följsamhet till nationella riktlinjer?
- Minska vårdkonsumtion?

Studien, *Structured Management and Coaching – Patients with Atrial Fibrillation* planerades och genomfördes därför. Studien är ännu inte publicerad men slutsatserna är:

- Ett strukturerat omhändertagande har gett patienter med förmaksflimmer förbättrad hälsorelaterad livskvalitet inom flera områden främst inom den psykiska dimensionen.
- En permanent flimmermottagning med ett strukturerat omhändertagande skulle vara av stor vikt för denna patientgrupp då behandling enligt nationella riktlinjer kan leda till bättre hälsa och minskad risken för stroke.
- Genom att ge dessa patienter ökad kunskap, stöd och förståelse för att kunna hantera sin sjukdom skulle akutbesök och sjukhusinläggningar kunna reduceras.



## Strukturerat omhändertagande vid förmaksflimmer – Stockholm Heart Center. Dr Faris Al Khalili

Dr Faris Al Khalili presenterade kort verksamheten på Stockholm Heart Center och gick sedan in på hur de valt att strukturera omhändertagandet av flimmerpatienterna. Målet för dem är:

- Kontinuitet
- Kvalitetssäkring av utredning och behandling
- Samlad och uppdaterad kunskap
- Mera tid åt information till patienterna
- Fast, tryggt och kontinuerligt patientstöd

För att lyckas med detta har man en sjuksköterskebaserad mottagning som ansvarar för:

- Granskning och prioritering av remisserna
- Följer checklistorna
- Information till patienterna
- Initiera behandling enligt riktlinjerna
- Planera uppföljningen

På Stockholm Heart Center använder man sig av skriftlig och muntlig information samt ett datorbaserat stöd för att på ett illustrativt sätt kunna utbilda patienten om sin sjukdom.

## Integrated chronic care for patients with AF in Maastricht – Effects and costs. RN Jeroen M. Hendriks, Maastricht University

Forskningssköterskan Jeroen M. Hendriks var inbjuden för tredje året i rad för att dela med sig av sina erfarenheter från Maastricht avseende deras "integrated chronic care program" där de tittar på kliniska resultat – hur gick det för patienterna - men också på kostnadseffektivitet. Bakgrunden till att man startade programmet var att man i Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation kunnat se att följsamheten till riktlinjer generellt var låg och att detta ledde till ökad sjuklighet, hospitalisering och mortalitet.

För att lyckas förbättra följsamheten till riktlinjer anser man i Maastricht att tre steg är viktiga:

- Implementera nya program för omvårdnad
- Organisationsförändringar
- Omvärdera hur den dagliga verksamheten bedrivs



I studien "Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation" (**European Heart Journal. 2013 Feb;34(6):408**) har man kunnat visa en rad positiva effekter av ett strukturerat omhändertagande.

Första slutsatsen blir att man genom en flimmermottagning kunnat:

- Förbättra följsamheten till riktlinjer
- Undvika ofullständiga diagnoser och behandlingar
- Förhindra komplikationer, hospitaliseringar och mortalitet

Efter detta gick Jeroen M Hendriks över till att diskutera kring kostnadseffektiviteten av flimmer mottagningen. Man har i Maastricht räknat med kostnader för öppenvårdsbesök, diagnostik, läkemedelsbehandling, interventioner, hospitalisering samt kostnaden för det datorstödda system man använt sig av för att informera patienterna. Man har alltså inte räknat med några indirekta kostnader såsom tid man inte kunnat arbeta etc. Andra slutsatsen blir:

- Det integrerade behandlingssystemet i flimmermottagningen är ett kostnadseffektivt sätt att omhänderta patienter med förmaksflimmer

## Rytmbehandling vid förmaksflimmer - aktuellt kunskapsläge.

Dr Leif Friberg, Danderyds sjukhus

Dr Leif Friberg startade med att gå igenom vilka antiarytmika som funnits tillgängliga och hur många av dem som idag används. Sedan gick han igenom ESCs riktlinjer vid förmaksflimmer.

Skillnader i terapitradition mellan olika länder belystes, där det framgick att vi i Sverige använder oss av mer beta-blockad, både på persisterande och paroxysmala flimmer. Efter detta redovisades resultaten i Cochrane-analysen för "Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation" (**Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation (Review) Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.**). Metaanalysen visar att de antiarytmika som finns tillgängliga är lika avseende effekten på att minska flimmerbördan, med undantag för amiodarone som har bäst effekt.

Avseende mortalitet har man kunnat konstatera att disopyramid och amiodaron har en trend åt att mortaliteten är högre i den behandlade gruppen. För flekainid är studieunderlaget och antal patienter för litet för att kunna bedömas. Sotalol är signifikant sämre än placebo och visar en mortalitetsökning i behandlingsgruppen. Dronedaron är i gruppen det säkraste preparatet och visar en neutral effekt avseende mortalitet.

Dr Leif Friberg gick sedan vidare till att visa resultatet av den genomgång av data från läkemedelsregistret han genomfört. Som ett första led i detta visades hur mycket antiarytmiska läkemedel som använts per 1000 invånare. Man kan i dessa data se att användandet är svagt ökande utom för sotalol där det skett en dramatisk nedgång. Sotalol är trots detta det vanligaste antiarytmiska preparatet.



Dronedaron har ökat i användning sedan introduktionen på marknaden. Såsom nytt antiarytmika redovisades sedan data på användandet av Dronedaron baserat på information från det svenska patientregistret från åren 2010-2011. Regionala skillnader redovisades.

Genomgång av hur patientkarakteristika sett ut med avseende på bland annat CHADS2 och CHA2DS2-VASc redovisades. I jämförelse med den så kallade nationella flimmerkohorten ("alla" patienter med förmaksflimmer oavsett typ) och även relaterat till ålders- och könsrelaterad mortalitet i befolkningen som helhet hade dronedaronpatienterna lägre dödlighet.

Avslutningsvis redovisade Leif Friberg data från Svenska strokeregistret som visar på betydande underbehandling med antikoagulation till patienter med förmaksflimmerrelaterade stroke under period 2005-2010.

### **Antikoagulation och samtidig AAD användning. Överläkare Tord Juhlin, SUS**

Som avslutning på mötet gick ÖL Tord Juhlin igenom vilken kunskap som idag finns avseende hur man ska använda oral antikoagulation tillsammans med antiarytmika. Vikten av att behandla med antikoagulantia lyftes fram, 93,7% av alla patienter med förmaksflimmer utom de under 65 år och utan riskfaktorer ska få behandling.

Härefter redovisades vilka alternativ som idag finns för att skydda mot stroke vid förmaksflimmer, warfarin, dabigatran, rivaroxaban och apixaban. ASA finns inte med eftersom det inte skyddar mot stroke på denna patientgrupp. De olika behandlingarna redovisades sedan utifrån hur de verkade i koagulationskaskaden. Effekten på stroke avseende nya orala antokoagulantia (NOAK9 jmf med warfarin) gick igenom. NOACs har visat trend mot bättre effekt på alla stroke, ischemisk stroke och ospecificerad stroke. På hemorragisk stroke är samtliga NOAK bättre än warfarin.

Därefter redovisades farmakokinetik avseende NOAK, med hänsyn till hur stor del av eliminationen som sker via lever och/eller njure, samt vilka system som där används. Upptaget av respektive läkemedel diskuterades också avseende plasmaglykoproteinet (P-Gp) roll och läkemedlets transport i tarmväggen. P-Gp är ett system som fångar upp läkemedel som passerar genom tarmväggen och transporterar tillbaka det till tarmkanalen. En hämning av P-Gp medför då att mer aktiv substans av ett läkemedel passerar över tarmväggen.

Därefter redovisades interaktionsmekanismer mellan NOAC och dronedaron, samt hur regulatoriska myndigheter bedömt interaktionsrisken i Europa och i USA.

Mötet avslutades sedan med en kortare frågestund.