

## 11. Hjärtsvikt

**Kriterier** Vad är viktigt för god kvalitet?

1. Tidig diagnos [1-5].
2. Rätt diagnos [1-5].
3. Rätt behandling [1-5].

**Indikatorer** Hur mäts kvalitet?

1. Andel med diagnos av alla 65-79år.
2. a) Andel med diagnosen baserad på UKG .  
b) Andel med funktionsgrupp registrerad (NYHA).
3. a) Andel hos med ACE/AII-blockare.  
b) Andel hos med betablockad.

**Standard** Vilken nivå bör eftersträvas?

1. > 4%
2. a) >80%  
b) >80%
3. a) >80%  
b) >50%

**Mätmetod** Hur ta reda på hur vi ligger till?

- Tag reda på hur många individer i åldern 65-79 år som finns i området.
- Sök i datorjournalen ut en lista med namn och födelsedata på ALLA patienter med diagnosen hjärtsvikt. *Diagnosnummer: I50. –Hjärtsvikt.*
- Beräkna andel patienter med hjärtsvikt i åldersgruppen 65-79 år av alla individer i åldern 65-79 år som finns i området.
- Granska 10-20 journaler per läkare på alla patienter som har hjärtsvikt. Notera på medföljande registreringsformulär UKG baserad diagnos, funktionsgrupp enligt NYHA registrerad, ACE/AII- och förekomst av betablockerare.

### Bakgrund

Eftersom hjärtsvikt är ett syndrom med stor påverkan av livskvalitet och överlevnad, och det därtill i stor utsträckning förbättras med medicinsk behandling är det viktigt att tidigt identifiera patienter med syndromet. Det kan vara svårt att kartlägga prevalensen av hjärtsvikt i denna patientpopulation. Om vårdcentralen har en befolkningssammansättning som motsvarar riksgenomsnittet är prevalensen cirka 2%. I en avgränsad åldersgrupp (65-79 år) är prevalensen cirka 6%. Det är också viktigt att diagnosticera och i möjligaste mån behandla den bakomliggande sjukdomen. För att göra detta och för att bekräfta hjärt-dysfunktionen skall en ekokardiografiundersökning utföras. Indelning enligt funktionsklass har betydelse för prognosen och för att följa förloppet. Det är dock realistiskt att i nuläget använda funktionsgrupp enligt NYHA som indikator eftersom detta f.n. endast undantagsvis noteras i primärvårdsjournaler, men det bör på sikt komma in som en viktig kvalitetsindikator. Både ACE-hämmare (alternativt ATII-antagonister) och betablockerare har en väldokumenterad effekt, men kan inte fördragas av alla patienter. I två studier uppnåddes en förskrivning av betablockerare på knappt 70% under optimala betingelser.

## Referenser

1. <http://www.sos.se/mars/sta033/sta033.htm>. State of the art - Hjärtsvikt. In. 1.0 ed: Socialstyrelsen/Medicinsk fackdatabas MARS; 1998.
2. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Europ Heart J* 2001;22:1527-60.
3. Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård. Stockholm. Socialstyrelsen, 2000.
4. ABC of heart failure. *BMJ* 2000;320:39-42, 104-7, 167-70, 236-9, 297-300, 366-9, 428-31, 495-8, 559-62, 626-9.
5. Persson S. Kardiologi - hjärtsjukdomar hos vuxna. Lund. Studentlitteratur, 2003.
6. Ansari M, Shlipak MG, Heidenreich PA, Van Ostaeyen D, Pohl EC, Browner WS, et al. Improving guideline adherence: a randomized trial evaluating strategies to increase beta-blocker use in heart failure. *Circulation*. 2003;107:2799-804.
7. Gupta R, Wilson Tang WH, Young JB. Patterns of  $\beta$ -blocker utilization in patients with chronic heart failure: experience from a specialized outpatient heart failure clinic. *Am Heart J* 2004;147:79-83.

DOKUMENTFAKTA: Fastställt 2004-03-03. Kontaktperson i SFAM.Q: [annika.braman-eriksson@ltdalarna.se](mailto:annika.braman-eriksson@ltdalarna.se)

*Registreringsformulär HJÄRTSVIKT*

Vårdcentral/hälsocentral:.....

Läkare ..... Tidsperiod .....

Patient Nr	Patient		UKG- diagnos	NYHA- klass	ACE-häm el. ATII-antag.	Betablockad
	Ålder	Kön				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Σ						